

# 問 診 表

ふりがな		男・女	生年月日	S・H・R	年	月	日
お名前				( 歳 ヶ月)			
ご住所	〒	身長	体重	体温 (診察前)	記入者		
電話番号		cm	kg	℃	母親・父親 祖父母 その他( )		
①前回(1ヶ月以内)の続きですか?			保育園・幼稚園・学校名をご記入ください。				
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい							

②いつから(前回の診察以降)、どのような症状がありますか?

いつから	症 状	
例:11/18~	咳・発熱・鼻汁・腹痛・嘔吐・下痢・その他	最高39.4℃
例:2,3日前	咳・発熱・鼻汁・腹痛・嘔吐・下痢・その他	眠れない
例:ずっと	咳・発熱・鼻汁・腹痛・嘔吐・下痢・その他	おねしょ
	咳・発熱・鼻汁・腹痛・嘔吐・下痢・その他	
	咳・発熱・鼻汁・腹痛・嘔吐・下痢・その他	
	咳・発熱・鼻汁・腹痛・嘔吐・下痢・その他	
	咳・発熱・鼻汁・腹痛・嘔吐・下痢・その他	
	咳・発熱・鼻汁・腹痛・嘔吐・下痢・その他	

③今回の症状でどこか受診しましたか?

いいえ    はい(処方された薬 )

④周囲で流行している病気はありますか?

いいえ    はい( )

⑤食べ物、薬などでアレルギーはありますか?

いいえ    はい( )

⑥これまでに入院したような病気・大きな病気はありますか?

いいえ    はい( )

⑦飲み薬の希望はありますか?

いいえ    はい( シロップ ・ 粉薬 ・ 錠剤 )

その他、伝えておきたいこと・相談・質問などあればお書きください。