問 診 票

お名前（ひらがな で）　　**生年月日**

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　**男・女**　20　　/　　/　＿＿＿＿

（　　歳　　か月 ）

最後にはかった体温　　**体重**

＿＿＿＿ ℃　　＿＿＿＿ kg

[本日の受診の目的は？]

診察　　予防接種　　健診　　その他（育児相談など）

⇩

現在の症状にあてはまるものにチェックをつけてください

☐ 発熱　（いちばん高かった体温：　　℃）

☐ せき　☐ はなみず　☐ くしゃみ　☐ たん

☐ 頭痛　☐ のどの痛み　☐ 全身の倦怠感・元気がない

☐ 腹痛　☐ 吐き気・嘔吐　☐ 下痢　☐ 便秘

☐ 湿疹（部位：　　）　☐ じんましん

☐ その他（　　）

いつから症状がありますか？

ご家族で体調の悪い方はいらっしゃいますか？

☐ いいえ　☐ はい（　　）

2週間以内に、海外に行きましたか？

☐ いいえ　☐ はい（　　）

今回の症状で、他の病院にかかったことはありますか？

☐ いいえ　☐ はい（いつ：　　何科：　　）

今回の症状で、お薬を使用していますか？

☐ いいえ　☐ はい（　　）

本日処方するお薬に、ご希望はありますか？

☐ シロップ　☐ 粉薬　☐ 錠剤　☐ 坐薬　☐ その他（　　）

[本日、相談したいことがありますか？]

☐ いいえ　☐ はい

お話、ご質問など、どのようなことでもお気軽にどうぞ