受診日　20　　年　　月　　日

問 診 票

お名前（ひらがな で）

男・女

生年月日

20　　年　　月　　日

（　　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：　　℃）　☐　倦怠感・元気がない

☐　せき　☐　はなみず・はなづまり　☐　くしゃみ　☐　たん

☐　頭痛　☐　のどの痛み　☐　耳の痛み・耳だれ（中耳炎）

☐　腹痛　☐　吐き気・嘔吐　☐　下痢　☐　便秘

☐　肌の乾燥 ・肌あれ・発疹（部位：　　）

☐　おむつかぶれ　☐　じんましん　☐　みずいぼ　☐　虫ささ れ

☐　おねしょ　☐　花粉症　☐　眼の充血・めやに　☐　けが（　　）

☐　その他（　　）

いつから症状がありますか？

通園・通学先や家庭内で感染症の流行はありますか？

☐　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：　　）

現在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　☐　その他（　　）

解熱剤は必要ですか？　：　☐　いいえ　☐　シロップ　☐　粉薬　☐　錠剤　☐　坐薬

[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