

問 診 票

お名前（ひらがなで）

生年月日

男・女

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）



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： °C） ☐ 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
- ☐ 腹痛 ☐ 吐き気 ☐ 嘔吐（ 回） ☐ 下痢（ 回） ☐ 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（ ）
- ☐ 鼻汁吸引 ☐ 定期薬処方（ ） ☐ 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（インフルエンザ、胃腸炎など）流行はありますか

- ☐ いいえ ☐ はい（通園・通学先： 家庭内： ）

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 ☐ 相談したい

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