

問診票

お名前（ひらがなで）

体重

男・女

kg

生年月日

20 / / (歳 か月)

[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（いつから： 最高： °C 受診時： °C）
- せき はなみず・はなづまり くしゃみ たん 元気がない
- 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 にきび
- 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）の流行はありますか

- 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： ）

現在他院で処方されたお薬を使用していますか

（お薬手帳をお持ちの方は提出してください、記入の必要はありません）

- 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