問 診 票

お名前（ひらがな で）　　**体重**

男・女　　kg

生年月日　　**初経**

20　　/　　/　　（　　歳　　か月 ）　　□　あり

[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：　　℃　受診時：　　℃）

□　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　□　眼の充血　□　めやに

□　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　□　けが（　　）

□　おねしょ　□　花粉症　□　にきび　□　月経痛　□　その他（　　）

□　鼻汁吸引　□　定期薬処方（　　）

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、<u>他の病院</u>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