

# 問診票

年 月 日

氏名	フリガナ	男・女	平成・令和	
			年 月 日 ( 歳 )	
			体重	kg
住所	〒 —			
電話	( 自宅・携帯 ) — —			
来院目的	診察・薬・鼻吸い・検査・予防接種・健康診断・書類・その他 ( )			
当院をお知りになった経緯：ご紹介・ホームページ・その他 ( )				

### 1. どのような症状がありますか？

わかる範囲で下記の当てはまる症状に○をつけてください。

・発熱	( / ) ( ) 時頃から発熱 ( ) °C
・咳	( / ) から ( 乾いた咳 痰がらみ ゼーゼー ケンケン )
・鼻水	( / ) から ( 鼻づまり 黄緑色 透明 )
・嘔吐	( / ) から 1日 ( ) 回 ( 突然吐く 咳込んで吐く )
・下痢	( / ) から 1日 ( ) 回 ( 水様 泥状 血便 白色 )
・腹痛	( / ) から ( ずっとときどき )
・便秘	( / ) から 便が出ていないもともと ( ) 日に 1回ペース
・皮膚症状	( / ) から ( 頭 顔 口 体 おしり 手足; 水疱、乾燥 )

※食事は ( いつも通り / 少なめ / 全くとれてない ) → ( / ) から  
 ※水分は ( いつも通り / 少なめ / 全くとれてない ) → ( / ) から  
 ※おしっこは ( いつも通り / 少なめ / 全く出ない ) → ( / ) から

### 2. ほかに相談したいことや、ご希望があれば書いてください。

### 3. 現在までかかったことがある病気、現在治療中の病気があればお書きください

<病名>	<時期> ① ( ) 歳くらいの時 ② ( 今現在も治療中 )
------	---------------------------------------

### 4. いつもお飲みになっている薬はありますか？ 本日お薬手帳があればお見せください。

### 5. 今までにお薬で具合が悪くなったことはありますか？

ない・ある ( お薬の名前 )

★お薬の希望は ( 粉薬・シロップ・錠剤 ) 解熱剤は ( 要・不要 ) ・ ( 坐薬・飲み薬 )