

# 問 診 票

(〒      -      )

住所 \_\_\_\_\_

ふりがな

お名前 \_\_\_\_\_ (男・女)

生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日 年令 \_\_\_\_ 才 \_\_\_\_ か月

電話番号 \_\_\_\_\_ (      ) 緊急連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

体温 (      ) °C 体重 (      ) g・kg ※大人の方は体重の記入は必要ありません。

①今日はどうされましたか？ (いつ頃から：      )

- ・ 発熱・ 鼻水・ 鼻づまり・ 咳・ ゼーゼー・ 息苦しい
- ・ あたまたた・ のどが痛い・ おなかいだ・ はく・ げり・ 食欲がない・ 尿が出ない
- ・ しっしん・ しこり・ ひきつけ・ 手足がいたい・ 耳がいたい・ 耳の下のはれ
- ・ 他の症状：

②今回のことで、他の病院へ受診されましたか？

はい ( 月 日 受診) ・ いいえ お薬手帳などをお持ちの場合は見せてください。

③集団生活をされていますか？ (幼稚園・保育園・学校など)

はい ・ いいえ

④家族・お友達など同じ症状の人がいますか？

いる ・ いない

⑤ お子さんが今まで何か病気にかかるか、あるいは手術したことがありますか？

- ・ 熱性けいれん・ 熱のないけいれん・ ぜんそく・ 心臓病・ 腎臓病・ 脳神経の病気
- ・ 目の病気・ はしか・ 風しん・ みずぼうそう・ おたふくかぜ・ 百日咳・ 川崎病・ 未熟児
- ・ その他 (      )

⑥ アレルギーについて

- ・ 薬物アレルギー： あり ・ なし ・ 食物アレルギー： あり ・ なし
- ・ その他 (      )

⑦ 薬の希望について (ご希望があればお答えください)

- ・ 内服薬：      ・ 粉      ・ 水薬      ・ 錠剤
- ・ 解熱剤：      ・ 内服薬      ・ 座薬

⑧ 当院を何でお知りになりましたか？ 複数回答可

- ・ 知人や家族の紹介(お名前      )      ・ ホームページ      ・ 保健センター
- ・ 通りがかり      ・ 雑誌や看板を見て      ・ その他 (      )