

# 問 診 票

\_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

I D \_\_\_\_\_

氏名	性別 ( 男 ・ 女 )	年齢	才	ヶ月
----	--------------	----	---	----

体 温 \_\_\_\_\_ °C      体 重 \_\_\_\_\_ k g      身 長 \_\_\_\_\_ c m

本日はどのような症状で受診されましたか？ あてはまるところに記入してください

症 状	いつから	状 態
<input type="checkbox"/> 発熱	_____ から最高 _____ °C	食 事 <input type="checkbox"/> 普段どおり <input type="checkbox"/> 普通の ( _____ ) <input type="checkbox"/> とれず
<input type="checkbox"/> 鼻汁	_____ から	水 分 <input type="checkbox"/> 普段どおり <input type="checkbox"/> 普通の ( _____ ) <input type="checkbox"/> とれず
<input type="checkbox"/> せき	_____ から	尿回数 <input type="checkbox"/> 普段どおり <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> でない (最終 _____ 時)
	_____ から	睡 眠 <input type="checkbox"/> 普段どおり <input type="checkbox"/> 時々起きる <input type="checkbox"/> 眠れず
	_____ から	きげん <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 悪い
<input type="checkbox"/> 頭痛	_____ から	※症状の追加※      ※気になること※
<input type="checkbox"/> タン	_____ から	
<input type="checkbox"/> ゼーゼー	_____ から	
	_____ から	
	_____ から	
<input type="checkbox"/> 嘔吐	_____ から 1日 _____ 回	
<input type="checkbox"/> 下痢	_____ から 1日 _____ 回	
<input type="checkbox"/> 腹痛	_____ から	
<input type="checkbox"/> 発疹	_____ から	
<input type="checkbox"/> けいれん	_____ から	

\*一緒にいらした方は？ ( \_\_\_\_\_ )

\*集団生活は？ 無 有⇒ 施設名 ( \_\_\_\_\_ )

\*ご家族・お友達で具合の悪い方、その他まわりで流行している病気がありますか？

無 有⇒ ( \_\_\_\_\_ )

\*今かかっている医療機関は？ 無 有⇒ ( \_\_\_\_\_ )

\*今飲んでいるおくすりは？ 無 有⇒ ( \_\_\_\_\_ )

\*希望するおくすりは？ 無 有⇒ シロップ 粉薬 錠剤 熱さまし 他 ( \_\_\_\_\_ )

\*本日、相談したいことはありますか？ 無 有⇒ 予防接種、家庭でのケア、診療時間外の対応

その他 ( \_\_\_\_\_ )