

# 問診票

ふりがな  
患者氏名 \_\_\_\_\_ (男・女)

年齢 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月 体重 \_\_\_\_\_ kg 現在の体温 \_\_\_\_\_ °C

通園・通学していますか：していない・託児所・保育園・幼稚園・小学校・中学校

通園・通学先で流行している病気はありますか：無・有（

★あてはまる項目に○印をつけて記入して下さい★

1週間以内に発熱が  
あった方は記入して下さい

症状	いつから	状況
熱		
咳・ ぜーぜー		乾いた咳・痰がらみの咳・ケンケンする咳 ひどい時間帯（朝・昼・夜・一日中）
鼻水・鼻閉		鼻水（透明・白色・黄色・緑色）
下痢		回数：1日 _____ 回 性状（水様便・泥状便・軟便） 血便（有・無）
嘔吐		回数：今日 _____ 回、昨日 _____ 回 最後に吐いた時間： _____ 時頃
痛み		痛みがある部位：頭・のど・おなか・耳・その他（ _____ ）
皮膚症状		発疹・かゆみ・乾燥 部位：全身・顔・体・手足・その他 _____ )
その他		

前回の続き（定期受診）

症状（良くなっている・変わらない・悪化している）

### 現在の状態

機嫌：良い・まあまあ・悪い・ぐったり

睡眠：十分・まあまあ・時々起きる・寝れない

食事：いつもどおり・いつもの半分ぐらい・少量・全くとれていない（いつから \_\_\_\_\_ ）

水分：とれている・とれていない

現在内服しているお薬：無・有（お薬手帳をお見せ下さい。）

上記の症状で他の医院などで診察を受けましたか：無・有（ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日ごろ）

ご本人以外の兄弟やご家族で体調の悪い方はいますか（1週間以内）

無・有（誰が \_\_\_\_\_ どのような症状 \_\_\_\_\_ ）

●今までにかかった大きな病気や入院歴、アレルギーの有無をご記入下さい。

ぜんそく けいれん（熱性・無熱性） その他（ \_\_\_\_\_ ）

アレルギー 無・有（ \_\_\_\_\_ ）

●薬の希望 粉 シロップ 錠剤

本日、お持ちの保険証は、転職等で変更手続き中ですか？ いいえ・はい

★注意：現在手続き中の方は新しい保険証が届くまで、お手元の保険証は使えません。

★注意：事前に保険証変更の申告なく利用停止の保険証で受診された場合は後日、自費請求させていただきます。