

特診室

授乳室

きょうだい受診

問診票

日付 _____

この問診票は本日の診察を円滑に進める目的以外には使用いたしません。
ご記入にご質問がございましたら、お申し出ください。

ふりがな
氏名 _____ 男・女

生年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

年齢 _____ 歳 _____ ヶ月

現在の体温 _____ °C

体重 _____ Kg

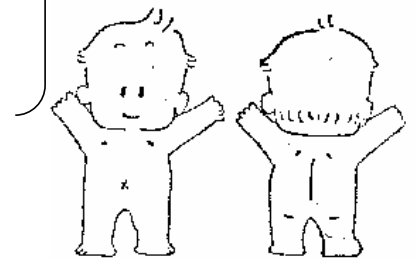
1. 本日の症状（受診目的）を教えてください。

いつから

- 発熱 (_____ 月 _____ 日 ~)
- 咳 (_____ 月 _____ 日 ~)
- 鼻汁 (_____ 月 _____ 日 ~)
- 下痢 (_____ 月 _____ 日 ~) 回/1日 _____)
- 嘔吐 (_____ 月 _____ 日 ~) 回/1日 _____)
- 食欲低下 (_____ 月 _____ 日 ~) どの程度? _____ 水分は? とれる・とれない)
- 痛み (_____ 月 _____ 日 ~) 部位 _____)
- その他 (_____)
 - 退院後
 - 検査結果のみ
 - 定期受診

2. 現在、発疹や耳の下の腫れはありますか? はい いいえ

- 発疹
- 耳の下の腫れ



(発疹はどこにありますか?)

3. 上記症状で他の医院などで診察を受けましたか? はい (_____ 月 _____ 日) いいえ

4. お薬は飲んでいますか? はい (当院 ・ 他院) いいえ

(お薬の名前 _____)

(お薬手帳・説明シート等ありましたら診察時にお出してください)

5. おくすりや食べ物でアレルギーをおこした事がありますか?

- はい いいえ
- おくすり (_____)
- 食べ物 (_____)

6. 今までにかかった大きな病気や、入院歴、慢性の病気をご記入ください

- 喘息 けいれん (熱性 無熱性) その他 (_____)

7. その他、何かご希望あればご記入ください