

問 診 票

受診日 平成 年 月 日

お名前 _____ 男・女 年齢 歳

体重(お子様のみ) _____ k.g 体温(当院で測定) _____ °C

本日の症状は？(再診の方は前回からの経過をご記入ください。)

〈例〉 2日前の朝から 38.5°C

いつから・どのような症状ですか？

- 熱 (解熱剤の使用：なし・あり)
咳 (痰の絡み：なし・あり)
鼻汁 (色：)
頭痛 ()
のどの痛み ()
腹痛 ()
便秘 ()
下痢 (性状：軟便・泥状・水様 色：)
嘔吐 ()
発疹 ()
食欲不振 ()
倦怠感 ()
めまい ()
胃痛 ()
その他の症状 ()

- ・持っているお薬 なし・あり(お薬手帳などあればご提出ください)
- ・今シーズンのインフルエンザ予防接種 (1回済・2回済・未接種)



【お子様についてお聞きします】

- ・幼稚園・保育園・学校名 ()
- ・周りの流行 (なし・あり 病名：)

ご協力ありがとうございました。