

問 診 票

受診日 令和 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 (なし・あり) 痰の絡み：なし・あり)
鼻汁 (なし・あり) 色：)
頭痛 (なし・あり))
のどの痛み(なし・あり))
腹痛 (なし・あり))
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。