



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。)

- ・いつからですか？
- ・どのような症状ですか？ <例> 2日前の朝から 38.5°C

具 体 的 に

- 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 ()
- 咽頭痛 ()
- 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)



【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。