

問診票 ②

受診日 令和 年 月 日

青ペンでご記入願います。

ふりがな _____

お誕生日

名前 _____ (男・女)

H・R _____ 年 _____ 月 _____ 日

★身長 _____ cm

★体重 _____ kg

★今の体温 _____ °C

今日はどうしましたか？ (検査の結果、溶連菌後の尿検査、医師の指示あり受診、吸入器返却)

通園なし

こども園・託児所

幼稚園・保育園 _____ 組

小学校・中学校 _____ 年 _____ 組

該当する症状に○をお願いします

症状	いつから	どのように、どのくらい
熱		※熱型表は問診票と一緒にお出し下さい※
咳		多い、少し、痰がからむ、ゼロゼロする、ゼーゼーする、
鼻汁、鼻閉		多い、少し、水様、どろどろ、黄緑、くしゃみ
嘔気、嘔吐		昨日 回、今日 回、咳で吐く、
下痢		昨日 回、今日 回、水様、どろどろ、白い、
腹痛		
頭痛		
発疹		顔、手足、全身、痒い、水疱あり、水ぼうそう(済・未)
その他		のど痛い

水分摂取 (普通・いつもの半分・とれない) 食事摂取 (普通・いつもの半分・とれない)

睡眠 (普通・時々起きる・眠れない) 機嫌 (普通・少し悪い・悪い)

他の病院に通院中 (はい・いいえ)、他でお薬をもらっている (はい・いいえ)



※「はい」の方は、お薬手帳、お薬のメモ等を、問診票と一緒に受付にお出し下さい ※

☆希望の薬の剤形 (シロップ、こな、錠剤・カプセル) 熱さまし (要・不要)