

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 S・H・R _____ 年 _____ 月 _____ 日生

★身長 _____ cm ★体重 _____ kg ★今の体温 _____ °C

幼稚園・保育園・こども園・託児所 _____ 組

小学校・中学校 _____ 年 _____ 組・通園なし

SpO₂= _____ 、検尿

① 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 ）

症状	いつから	どのように、どのくらい
<input type="checkbox"/> 熱	月 日 ~	※熱型表は問診票と一緒にお願いします※
<input type="checkbox"/> 咳	月 日 ~	多い、少し、痰がからむ、ゼロゼロする、ゼーゼーする、
<input type="checkbox"/> 鼻汁、鼻閉	月 日 ~	多い、少し、水様、どろどろ、黄緑
<input type="checkbox"/> のどの痛み	月 日 ~	
<input type="checkbox"/> 嘔気、嘔吐	月 日 ~	昨日 回、今日 回、咳で吐く、
<input type="checkbox"/> 下痢	月 日 ~	昨日 回、今日 回、水様、どろどろ、白い、
<input type="checkbox"/> 腹痛	月 日 ~	
<input type="checkbox"/> 頭痛	月 日 ~	
<input type="checkbox"/> 皮膚	月 日 ~	湿疹(頭、顔、手足、全身)、痒い、カサカサする、水ぼうそう(済・未)

・その他に気になる症状があればお書きください。

② お子さんの状態はどうですか？

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）

③ 希望の薬の剤形は？（シロップ、こな、錠剤） 解熱薬は希望しますか（する・しない）

④ 他の病院でもらっているお薬はありますか（はい [飲み薬・塗り薬他] ・ いいえ）



※「はい」の方は、お薬手帳、お薬のメモ等を受付にお出し下さい ※