

# 問 診 票（初診）



点滴室①・点滴室②・点滴室③・点滴室④・隔離室・外待合室

（記入日）令和 年 月 日

フリガナ		男 女	生年月日 年齢	昭・平・令 年 月 日 ( 歳 ヶ月)		
氏 名						
住 所	(〒 - )					
電話番号	① - - (続柄: )			② - - (続柄: )		
体重 kg	来院時の体温 ℃	( ) 保育園 ( ) 幼稚園	( 組)	( ) 小学校 ( ) 中学校	( 年 組)	

① 本日はどのような症状がご心配で受診されましたか？

当てはまる症状に○をつけ、その症状がいつ頃からあるのかをご記入ください。

当てはまる症状に○をつける	症状がいつ頃から、どの程度あるのか詳しく記入
37.5℃以上の発熱（～ ℃くらい）	いつ頃からでしょうか？
頭痛／のどの痛み	いつ頃からでしょうか？
咳／痰／喘鳴（ゼーゼー）	いつ頃からでしょうか？
鼻水（ 色）／鼻づまり	いつ頃からでしょうか？
腹痛／吐き気・嘔吐／食欲不振／下痢／便秘	いつ頃からでしょうか？嘔吐は何回ありますか？下痢は何回ありますか？
発疹／ <sup>すいほう</sup> 水疱／湿疹／じんましん	いつ頃からでしょうか？体のどの部分でしょうか？
耳の痛み（右・左）／耳の下の腫れ（右・左）	いつ頃からでしょうか？
その他の症状	

② 現在治療中の病気や服用中のお薬がありますか？（お薬手帳をお持ちの方はお出しください）

無・有→（病名 薬名 ）

③ 現在同居されている方に体調の悪い方はおられますか？ 無・有→（病名 ）

④ 周りで流行っている病気はありますか？ 無・有→（病名 ）

⑤ これまでに大きな病気にかかったことがありますか？ 無・有→（病名 ）

⑥ 今までに<sup>けいれん</sup>痙攣をおこしたことがありますか？ 無・有→（いつ頃？ ）

⑦ 食べ物や薬でアレルギーなど具合が悪くなったことがありますか？ 無・有→（ ）

⑧ ご家族内にアレルギーの方がいらっしゃいますか？ 無・有→（ ）

⑨ ペットを飼っていますか？ 無・有→（ ）

⑩ お薬は錠剤・粉薬どちらをご希望ですか？（8歳以上・30kg以上のお子さま） 錠剤・粉薬

ご記入ありがとうございました。

