

問 診 票（再診）

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							
体重 kg	来院時の体温 °C	() 保育園 () 幼稚園	(組)	() 小学校 () 中学校	(年 組)		
★ご住所・お電話番号の変更などがございましたら下記にご記入ください。 無・有							
住 所	(〒 -)						
電話番号	① - - (続柄:)			② - - (続柄:)			

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詳しくご記入ください。

当てはまる症状に○	症状はいつ頃から、どの程度あるのか詳しく記入
37.5℃以上の発熱 (~ °C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 ^{すいほう} ／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 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。