

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
氏名				昭・平・令 年 月 日 (歳 ヶ月)
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°C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 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。