

問 診 票

お名前				男・女	年齢	歳 ヶ月
身長	cm	体重	kg	検温	℃	

今日はどのようなことで受診を希望されていますか？

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ 発熱 : 月 日頃から | ☐ 腹痛 : 月 日頃から |
| ☐ せき : 月 日頃から | ☐ 嘔吐 : 月 日頃から |
| ☐ 鼻水 : 月 日頃から | ☐ 下痢 : 月 日頃から |
| ☐ 頭痛 : 月 日頃から | ☐ 便秘 : 月 日頃から |
| ☐ その他 () | |

具合が悪くなってから今日までの様子を教えてください。

- 1 最も高かった体温は何度でしたか。 (°C)
- 2 ご飯はいつもと比べて (変わらない ・ 半分程度 ・ 全く食べない)
- 3 朝から水分はどのくらいとりましたか？ コップ約 () 杯
- 4 朝からおしっこは出ていますか？ (はい ・ いいえ)
- 5 便の回数は？ (回)
- 6 服用中の薬はありますか？ (はい ・ いいえ)
⇒はいと答えた方は薬の内容をご回答ください。
()

お子さんについて教えてください。

- 1 アレルギーはありますか？ : いいえ・はい (その内容)
- 2 今までに病気や入院をしたことはありますか？ : いいえ・はい
(例：肺炎)
- 3 今までに受けた予防接種について教えてください。
ヒブ ・ 肺炎球菌 ・ 4種混合 (3種混合) ・ BCG ・ MR (麻疹風疹)
水ぼうそう・ロタウイルス ・ B 型肝炎 ・ おたふく ・ 日本脳炎
その他 ()

医師に相談したいことがあればご自由にご記入ください。