問　診　票

おなまえ（ひらがなで）	男・女	歳　か月	体重	受診時の体温
			kg	℃

※医師に記入してもらう書類は、受付に提出してください。ご家族が記入する書類は、提出の必要はありません。

1．今ある症状に○をつけて、右の欄を記入してください。
　再診の方は、前回からの症状の変化も記入してください。

○をつけてください	いつから	程　度	前回の受診からの変化
発　熱	／　時頃	最高　℃	平熱になった・発熱が続いている
咳	／	少ない・多い	減った・変わらない・増えた
鼻水・鼻づまり	／	少ない・多い	減った・変わらない・増えた
のどの痛み	／	軽度・強い	なくなった・変わらない・強くなった
おう吐	／	回	なくなった・変わらない・増えた
吐き気	／	軽度・強い	なくなった・変わらない・増えた
下　痢	／	回/日（泥状・水様）	なくなった・変わらない・増えた
腹　痛	／	時々ある・ずっとある	なくなった・続いている
頭　痛	／	時々ある・ずっとある	なくなった・続いている
発　疹	／	部分：＿＿＿＿ かゆみ：有・無	減った・変わらない・増えた

2．ご自宅での様子を教えてください。

食事はとれていますか？	いつも通り・少ない・ほとんど食べられない
水分は飲めていますか？	いつも通り・少ない・ほとんど飲めない
おしっこは出ていますか？	いつも通り・やや少ない・かなり少ない・尿が濃い
機嫌・元気はどうですか？	いつも通り・やや悪い・とても悪い

3．今回の症状で、他の医療機関を受診しましたか？処方がある場合は、お薬手帳をお出しください
　いいえ・はい　⇒　いつ＿月＿日　処方された薬＿＿＿＿＿＿＿＿

4．通園・通学していますか？
　いいえ・はい　⇒　どこへ＿＿＿＿＿＿＿＿保育園・幼稚園・学校

5．周りで流行している病気はありますか？
　いいえ・はい　⇒　どこで＿＿＿＿＿＿　病名＿＿＿＿＿＿＿＿

6．薬のアレルギーはありますか？
　いいえ・はい　⇒　薬の名前＿＿＿＿＿＿＿＿

7．他の病気で使っている薬がありますか？（当院以外での処方薬）
　なし・あり　⇒　病名＿＿＿＿＿＿＿＿薬の名前＿＿＿＿＿＿＿＿

8．今までにけいれんを起したことがありますか？
　いいえ・はい　⇒　最終のけいれん＿＿＿年＿＿月　または＿＿＿歳

9．その他・相談したいこと（定期健診・いつもの薬希望・検査の結果を聞きたいなど）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿