

番

問診票 (初診)

平成 年 月 日

はしか疑い、みずぼうそう疑い、おたふく疑い、全身に発疹が出てきた方は必ずお申し出下さい

診察券 NO. _____

ふりがな
お名前

(男 ・ 女)

生年月日 昭和・平成 年 月 日 (歳 ヶ月)

体温 _____ °C

身長 _____ cm

体重 _____ kg

計測 済 ・ 未

(来院目的) 診察 投薬 吸入希望 鼻汁吸引希望 検査希望

お子さまの通われている託児所・保育園・幼稚園・学校などをご記入ください

_____ 託児所・保育園・幼稚園・小学校・中学校 / 未就園児

★現在、どのような症状ですか？(症状のあるものの番号に○と該当するところにチェックをしてください。)

(また、今回最も気になる症状に★印をつけてください。)

- 熱がでた ___月___日の (朝 昼 夕方 夜) から _____°C台で最高_____°C
解熱剤は使いましたか？ 使用した 使用していない もう熱は下がった (___日から)
 - 吐き気 ___月___日___時頃から (吐いていないが気持ち悪い 吐いた___回くらい 最後___日の___時頃)
吐く前 : 水分摂れていた 水分摂れていなかった 吐いた後 : 水分摂れた 水分摂れない
 - 咳がでる ___月___日から
(痰がらみ 乾いた咳 朝・夜に多い 一日中 眠れないくらい 呼吸が止まる)
咳こみ : あり なし 咳あげ : あり なし ゼイゼイ : あり なし
 - 鼻水がでる ___月___日から _____色の鼻汁がでている 鼻がつまる ___月___日~ (鼻づまりで眠れない)
 - のどが痛い ___月___日から (のどが痛くて食べられない)
 - お腹が痛い ___月___日から (お腹が痛くて泣いてしまう)
 - 下痢をしている ___月___日から (1日平均 _____回くらい) 今日は _____回くらい
便のかたち (水様便 泥状便) 便の色 (黄 茶 白 赤 (血便) 黒)
 - 発疹がでている ___月___日から (部位 : _____)
かゆみ : あり なし 赤み : あり なし ジクジク : あり なし
カサカサ : あり なし
 - ぜんそくの発作 10. その他 (_____)
- ★食欲 : あり いつもより落ちている なし
★水分 : 普段通り摂れる あまり摂れない
★元気 : 普段通り 少し落ちている 全くない
★現在母乳を飲まれていますか？ はい (母乳のみ ・ 混合) いいえ
★その他、気になること、聞いておきたいことがあれば、ご記入ください

★ 現在、または最近まで使用している薬はありますか？あればご記入ください
(お薬手帳やメモをお渡しいただいても結構です)

いいえ・はい (病院名 : _____ 薬の名前 : _____)

★希望されるお薬の種類に○をつけてください 粉薬・シロップ・錠剤

★本日、解熱剤(熱さまし)の処方が必要ですか？(熱のある方のみ) 必要(坐薬・粉薬・錠剤)・不必要

★お薬が処方された場合 院外処方箋希望 (かかりつけ薬局での調剤) 院内調剤希望

上記の内容は診療の目的以外では使用しません

平成 29 年 3 月 14 日改正

