

問診票

診察の参考にしますのでご面倒ですが次の質問にお答えください

①名前() ②年齢()才 保・幼・小・中
③身長()cm 体重()Kg ④現在の体温()°C

⑤発熱はしていますか？ (はい ・ いいえ)
* 発熱している場合 ()月()日 午前・午後()時頃から 体温()°C

⑥いつからどういった症状がありますか？(出ている症状に○、特に強い症状に◎をつけてください)

・喉の痛み	日から	・吐き気	日から
・咳	日から	・嘔吐	日から
・鼻水	日から	・腹痛	日から
・頭痛	日から	・下痢	日から
・食欲低下	日から	・便秘	日から
・発疹 (部位:)	日から		
・その他 ()	日から		

⑦その他、診察時に医師に伝えたいことを具体的に記入してください

⑧現在、治療中の病気はありますか？ (はい ・ いいえ)

病名()

⑨最近、予防接種をしましたか？ (はい ・ いいえ)

* 接種している場合は種類を記入してください

⑩食品や薬でアレルギー症状を起こしたことがありますか？(はい ・ いいえ)

* ある場合は具体的に記入してください

薬について

⑪現在、飲んでる薬はありますか？ (ある ・ ない)

* ある場合にはお薬手帳をお出してください

⑫薬は何が飲めますか？(水薬 ・ 粉薬 ・ 錠剤 ・ カプセル)

* 上記のうち特に希望されるものがある場合には◎をしてください