

問診票

年 月 日

フリガナ お名前	男・女	年齢	歳	か月
体重	kg	所属	保育園・幼稚園・小学校・中学校	

園や学校で流行している病気はありますか	はい	病名	いいえ
1週間以内に、同居のご家族でかぜ症状の方はいましたか	はい	どなたが	いいえ
2週間以内に、海外への渡航歴がありますか	はい	国名 _____ 月 日帰国	いいえ

どういう状態（症状）が心配ですか？

<input type="checkbox"/> 発熱	今の体温（ °C）	最高体温（ °C）	いつから	/	～	/
<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> 臭い・味がわかりにくい					
<input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> 強いだるさ倦怠感					
<input type="checkbox"/> 咳（せき）	<input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐					
<input type="checkbox"/> 痰（たん）	<input type="checkbox"/> 下痢					
<input type="checkbox"/> 息苦しさ	<input type="checkbox"/> 食欲不振		<input type="checkbox"/> 筋肉痛			

薬の希望は？（錠剤 粉薬 シロップ 外用剤 解熱剤）

薬は飲みにくいですか？（はい ・ いいえ）

当院以外で現在服用中のお薬は？（ない ・ ある） ある場合、薬名

アレルギーをおこす薬や食物がありますか？（ない ・ ある） ある場合、具体的に

今までけいれんをおこしたことがありますか？（ない ・ ある） ある方は、いつ頃

検査や処置を希望されますか？（はい ・ いいえ）

住所・電話番号・保険に変更がありますか？（ない ・ ある）

何か質問や要望がありますか。