問診票　(ダウンロード版)

＊当院受診は、初めてですか？　（　はい　・　いいえ　）

フリガナ			性別 男　・　女
受診者氏名			
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日	年齢	歳　　ヵ月
携帯電話番号			

体温　　℃　　体重　　ｋｇ

＊本日はどうなさいましたか？　（〇で囲んでください）

・熱がある　・頭が痛い　・発疹・湿疹がある

・咳が出る　・鼻水が出る　・鼻がつまる　・のどが痛い

・お腹が痛い　・吐いている　・下痢している(　　回／日)

・耳が痛い　・目やにが出る

・その他（　　）

＊その症状はいつからありますか？（　　）

＊今、何かお薬を飲んでいますか？（　はい　・　いいえ　）

＊お薬手帳はお持ちですか？　（　はい　・　いいえ　）

＊喘息と言われたことがありますか？(　はい　・　いいえ　）

＊熱性けいれんの既往はありますか？(　はい　・　いいえ　）

＊アレルギーはありますか？

・なし　・あり（　卵　・　ミルク　・その他：　　）

＊保育場所：　自宅　・(　　）保育園・幼稚園・小・中・高

＊お薬についてご希望はありますか？　（　シロップ　・　粉薬　・　錠剤　）

＊解熱剤の処方はご希望ですか？

・希望なし

・希望あり(　・シロップ　・粉　・錠剤　・坐薬　）