

問診票

フリガナ

お名前

性別 (男 ・ 女)

●お子さまの現在の体重 () kg ●受診前体温 () °C

●本日の連絡先 TEL () 続柄 ()

●本日の希望する受診内容に○をつけて、詳細をお聞かせください

診察 ・ 検査 () ・ 書類 () ・

処置 () ・ 投薬のみ ()

●症状についてお聞かせください

以下の当てはまる症状に○をつけて、いつから始まったかなどお書きください

・ 発熱 (月 日の 時頃から)
(月 日に最高 °C)

・ 腹痛 (月 日から)

・ 鼻水 (月 日から)

・ 嘔吐 (月 日から)
(回数： 回/日)

・ せき (月 日から)
(ゼイゼイ・痰がらみ・乾性)

・ 下痢 (月 日から)
(回数： 回/日)

・ のどの痛み (月 日から)

・ 発疹 (月 日から)
(部位：)

・ 頭痛 (月 日から)

・ 湿疹 (月 日から)
(部位：)

・ その他 []

●周囲 (園/学校/家庭内) で流行している病気はありますか ()

●現在治療中の病気、内服中のお薬はありますか

なし ・ あり (病名： 薬：)

●希望する薬の剤型に○をつけてください

粉薬 ・ シロップ ・ 錠剤

●上記以外のことで心配事や医師に相談したいことがあれば、ご自由にお書きください

[]