



問診票

薬の量の計算に
↓ 必要です。

ふりがな _____

体重 _____ Kg

氏名 _____ 男・女

生年月日 _____ 年 月 日 (歳) 体温 _____ °C

◆ 今日はどこが悪くて受診されましたか？番号に○を付けて下さい。

1. 熱がある 月 日から
2. 咳がある 月 日から
3. ぜいぜいしている 月 日から
4. 鼻が出る 月 日から
5. 嘔吐している 月 日から 1日 () 回
6. 下痢をしている 月 日から 1日 () 回
7. 痛みがある (頭・お腹・その他) 月 日から
8. その他

- ◆ 機嫌はどうですか？ (良い・ふつう・悪い・ぐったり)
- ◆ 食欲はありますか？ (ふつう・あまりない・まったくない)
- ◆ 当院以外のお薬でご使用中のものはありますか？ (はい・いいえ)
 ➡ お薬手帳などお薬の内容の分かるものがあればお預かりします。
- ◆ どの薬が飲めますか？ (水薬・粉薬・錠剤)

- ◆ アレルギーはありますか？ (ある・ない)
 ある方はその内容を教えて下さい。薬の場合は名前を書いて下さい。
 例 卵 _____
 どういった症状が出ましたか？
 例 じんましん _____

- ◆ 最近ご家族も含め海外へ行かれたか？ 行き先 ()

※初めて受診された方、または変更のある方はご記入ください。

◆ ご住所 〒 _____

お電話番号 携帯： _____ ご自宅： _____