

# 問診票

毎回必ず  
ご記入下さい。↓



ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ 男・女

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)

体重 \_\_\_\_\_ Kg

体温 \_\_\_\_\_ °C

◆ 今日はどこが悪くて受診されましたか？ □にチェック(✓)をお願いします。

- 発熱 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日の \_\_\_\_\_ 時頃から その時 \_\_\_\_\_ °C
- 咳 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から 咳は ( 多い・多くない )
- ぜいぜい \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から
- 鼻水 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から 今日の鼻水は ( 透明・緑色 )
- 嘔吐 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から 1日 ( \_\_\_\_\_ ) 回
- 下痢 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から 1日 ( \_\_\_\_\_ ) 回
- 痛み ( 頭・お腹・耳・その他 \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から
- その他 ( 例 便秘・耳の下が腫れている 等 )

◆ 眠れますか？ ( はい・いいえ ⇒ 理由 例 咳がひどい \_\_\_\_\_ )

◆ 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

※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： \_\_\_\_\_