

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： _____