

# 問診票

年 月 日

お名前： \_\_\_\_\_

性別： 男・女

体温（ ）℃

ふりがな： \_\_\_\_\_

年齢：（ ）才（ ）か月

体重（ ）kg

## ○ おこまりの症状について

- ・ 下記症状について、いつからいつまででどのようなようだったかを1症状2行まででお書きください。  
（詳しくは診察時にお聞きしますので、無理のない範囲でお書きください。）

【症状】 【いつから】 【経過はどのようでしたか？】

- 発熱 月 日～ \_\_\_\_\_
- 咳 月 日～ \_\_\_\_\_
- 鼻水 月 日～ \_\_\_\_\_
- ゼーゼー 月 日～ \_\_\_\_\_
- 下痢 月 日～ \_\_\_\_\_
- 腹痛 月 日～ \_\_\_\_\_
- 発疹 月 日～ \_\_\_\_\_
- その他 月 日～ \_\_\_\_\_
- 書類希望

## ○ 周囲の状況について

- ・ 現在通われているのはどちらですか。 保育園・幼稚園・小学校・中学校・なし・その他（ ）
- ・ 流行している病気はありますか。 なし・あり（ ）

## ○ お薬について

- ・ 現在飲んでいる薬を教えてください。 なし・あり（薬： ）
- ・ 薬のアレルギーはありますか。 なし・あり（薬： ）

## ○ 今までの病気について

- ・ 初回登録以降の病気についてありましたらお書きください。（ ）

**診察の際、のどを拝見します。 診察前の飲食・授乳はお控えください。**