

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～ _____
- 嘔吐 月 日～ _____
- 下痢 月 日～ _____
- 腹痛 月 日～ _____
- 発疹 月 日～ _____
- その他 月 日～ _____

○ 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がありましたらお書きください。 ()
- ・突発性発疹の既往 なし・あり ・けいれんの既往 なし・あり ・アレルギーの既往 なし・あり

○ ご希望の薬の剤形はどちらですか。(複数選択可)(ただし、ご希望に添えない場合もあります。)

粉・シロップ・錠剤・坐薬・貼り薬(皮膚かぶれの有無 なし・あり)

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。 南町田こどもクリニック