

# 問診票（初診）



点滴室①・点滴室②・点滴室③・点滴室④・隔離室

(記入日) 令和 年 月 日

フリガナ				男 女	生年月日 年齢	昭・平・令 年 月 日 ( 歳 ヶ月)
氏名						
住所	(〒 - )					
電話番号	(自宅) - -			(携帯) - - (続柄: )		
体重 kg	体温 °C	( ) 保育園 ( ) 幼稚園	( 組)	( ) 小学校 ( ) 中学校	( 年 組)	

① 本日はどのような症状がご心配で受診されましたか？

当てはまる症状に○をつけ、その症状がいつ頃からあるのかをご記入ください。

症 状	いつ頃から？どの程度？
発熱 ( °C ~ °C くらい)	いつ頃からでしょうか？
頭痛・のどの痛み	いつ頃からでしょうか？
咳・痰・喘鳴 (ゼーゼー)	いつ頃からでしょうか？
鼻水 ( 色)・鼻づまり	いつ頃からでしょうか？
腹痛・吐き気・嘔吐・食欲不振・下痢・便秘	いつ頃からでしょうか？嘔吐は何回ありますか？下痢は何回ありますか？
発疹・水疱・湿疹・じんましん <small>すいほう</small>	いつ頃からでしょうか？体のどの部分でしょうか？
耳の痛み (右・左)・耳の下の腫れ (右・左)	いつ頃からでしょうか？
その他の症状	

② 現在治療中の病気や服用中のお薬がありますか？ (お薬手帳をお持ちの方はお出しください)

無・有 → (病名 薬名 )

③ 現在同居されている方に体調の悪い方はおられますか？ 無・有 → (病名 )

④ 周りで流行っている病気はありますか？ 無・有 → (病名 )

⑤ これまでに大きな病気にかかったことがありますか？ 無・有 → (病名 )

⑥ 今までに痙攣をおこしたことがありますか？ 無・有 → (いつ頃？ )

⑦ 食べ物や薬でアレルギーなど具合が悪くなったことがありますか？ 無・有 → ( )

⑧ ご家族内にアレルギーの方がいらっしゃいますか？ 無・有 → ( )

⑨ ペットを飼っていますか？ 無・有 → ( )

⑩ お薬は錠剤・粉薬どちらをご希望ですか？ (8歳以上・30kg以上のお子さま) 錠剤・粉薬

ご記入ありがとうございました。