

年 月 日

No. _____

問 診 票

ふりがな _____ 性別 (男・女)

名前 _____ 生年月日 _____ 年 月 日

年齢 _____ 歳 _____ か月

体温 _____ 度 体重 _____ k g

連絡先 〒 _____ 住所 _____

電話番号 (自宅・携帯) _____

※枠内は初診時と変更がある時のみ記入してください。

◇今日はどうされましたか？ ○をしてください。

①診察 ②予防接種 ③定期通院

◇診察の方は、いつからどういう症状がありますか？

- | | | | | |
|-------------------------------|----|-----------------------------|----|---|
| <input type="checkbox"/> 発熱 | 日目 | <input type="checkbox"/> 嘔吐 | から | 回 |
| <input type="checkbox"/> 咳 | 日目 | <input type="checkbox"/> 下痢 | から | 回 |
| <input type="checkbox"/> 鼻水 | 日目 | <input type="checkbox"/> 腹痛 | から | |
| <input type="checkbox"/> ぜーぜー | 日目 | <input type="checkbox"/> 発疹 | | |
| <input type="checkbox"/> その他(| | | |) |

◇その症状で他の病院を受診しましたか？ (はい・いいえ)
なんと診断されましたか？ ()

◇現在内服中の薬はありますか？ ()

◇家族や園・学校に具合の悪い方はいますか？ (はい・いいえ)
それはどなたで、どんな症状ですか？ ()

◇薬や食べ物でアレルギーはありますか？ ()

◇その他、何か伝えておきたいことがあれば、記入してください。