

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。