

## 問診票 (初めての患者様用)

フリガナ お名前	男 女	ごきょうだい 人中 番目	体温 ℃
生年月日 平成 年 月 日生	( 歳 ヶ月)		ご記入者
ご所属		保育園・幼稚園・小学校( 年)・中学校( 年)	
ご住所 〒			
電話番号		携帯番号 (父 母 )	

**※ 下記の質問にお答えください**

・ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか	はい	いいえ
・その時熱がでましたか	はい	いいえ
・今までにかかった病気、入院した病気はありますか _____ 歳 病名 _____ 歳 病名	はい	いいえ
・薬、食べ物などでブツブツが出たり、具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ
・ご家族に大きな病気やアレルギーの方はいらっしゃいますか	はい	いいえ
・現在治療中の病気または、飲んでいるお薬はありますか ※お薬手帳があればご提示ください 病名 _____ [ _____ ]	はい	いいえ

**★ 当てはまる症状に○をして、その症状はいつ頃からかご記入ください**

- ・ 熱 \_\_\_\_\_ から
- ・ のどが痛い \_\_\_\_\_ から
- ・ 頭痛 \_\_\_\_\_ から
- ・ 咳 \_\_\_\_\_ から 【コンコン・痰がらみ・ぜいぜい \_\_\_\_\_】
- ・ 鼻水 \_\_\_\_\_ から 【透明・黄色・緑色 サラサラ・ネバネバ】
- ・ 鼻づまり \_\_\_\_\_ から
- ・ 腹痛 \_\_\_\_\_ から
- ・ 下痢 \_\_\_\_\_ から \_\_\_\_\_ 回
- ・ 気持ち悪い \_\_\_\_\_ から
- ・ 吐く \_\_\_\_\_ から \_\_\_\_\_ 回
- ・ 便が出ない \_\_\_\_\_ から
- ・ おしりかぶれ \_\_\_\_\_ から
- ・ しっしん \_\_\_\_\_ いつから \_\_\_\_\_ どこに \_\_\_\_\_
- ・ 耳をかまう \_\_\_\_\_ から
- ・ 耳が痛い \_\_\_\_\_ から
- ・ 中耳炎をしたことがある (ない ある) いつ頃 \_\_\_\_\_
- ・ 目やに \_\_\_\_\_ から

★ 水分はとれますか ⇒ とれる まあまあ とれない

★ その他くわしい症状・ご相談のある方はご記入ください

**★ ご希望のお薬に○をしてください (※ご希望に添えない場合がありますのでご了承ください)**

- ・ 飲み薬 ・ ・ シロップ 粉薬 錠剤
- ・ 解熱剤 ・ ・ いない いる ⇒ 坐薬 粉薬 錠剤

★ 周囲に流行っている病気はありますか

