

# 問診表

☆ 診察をお受けになる前にご記入ください

☆ 発疹のある方、おたふくかぜが疑われる方は受付へお申し出ください

ふりがな	年齢	歳	体重	kg
氏名		月	体温	℃

◎ 前回の続き

◎ 定期診察

◎ 初診の方および前回と症状に変化のある方はご記入ください

どんな症状がありますか

症状	いつから	詳しい状態
発熱		
頭痛		
鼻水		
咳		
ぜーぜー		
下痢		
嘔吐		
腹痛		
発疹		
その他		

機嫌 (良好・まあまあ・悪い)

水分摂取 (良好・普段より落ちている・飲まない)

哺乳 (良好・普段より落ちている・飲まない)

食欲 (あり・普段より落ちている・なし)

当院以外で処方されて現在飲まれている薬がありますか? (あり・なし)

ありの場合 お薬手帳は持参されていますか (はい・いいえ)

いいえの場合 内容をお書きください(具体的に)

薬はどの種類が希望ですか 乳幼児 粉薬・水薬・

小学生以上 粉薬・水薬・錠剤(カプ)

初診の方のみ

薬・食物アレルギー (あり・なし)

ありの場合 内容をお書きください(具体的に)

その他、お気づきの点がありましたらご記入ください