

問診票



ふりがな

氏名

(男・女)

年齢

歳

カ月

体温

°C

1か月以内の体重: kg (※薬の量が変わりますのでできるだけ正確にご記入ください)

◆お薬について

剤型の希望はありますか？ 水薬 ・ 粉薬 ・ 錠剤 ・ 特になし
解熱剤はお持ちですか？ はい ・ いいえ (坐薬 ・ 粉薬)
1日3回内服できますか？ はい ・ いいえ

◆本日はどうされましたか？

(※前回の続きで受診の方は(2)へ)

(1) 症状がある項目全てに○をつけてください。

発熱(いつから 最高: °C) ・ 鼻水 ・ 咳 ・ 肌のぶつぶつ

嘔吐(1日 回程度) ・ 下痢(1日 回程度) ・ 腹痛 ・ その他

ぐったり ・ 食欲がない ・ 水分が摂れない ・ 機嫌が悪い ・ 眠れない ・ その他()

● 上記の症状の経過

● その他症状や気になることなど

● 周囲で流行している感染症などがあればご記入ください。(病名:)

(2) 前回の続きで受診の方 → 改善 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 前回とは別の症状 (○でご記入ください)

● 前回受診後からの症状の経過

◆希望する項目に○をつけてください。

①鼻吸引 ②登園許可証 ③病児保育利用(保護者記入欄をご記入のうえ受付まで提出下さい)

◆当院以外での受診があればご記入ください。

①他院で処方されているお薬はありますか？ (ない ・ ある 薬名:)

②そのお薬は現在も内服されていますか？ (はい ・ いいえ)

◆目の動き・見え方(近視・遠視・乱視・斜視など)気になる方は簡易検査を希望されますか？

(はい ・ いいえ)

◆他に相談したい内容があればご記入ください。