

# 問診票

お名前： \_\_\_\_\_ 年齢： \_\_\_\_\_ 才 \_\_\_\_\_ ヵ月 \_\_\_\_\_

体温： \_\_\_\_\_ °C 体重： \_\_\_\_\_ kg

● いつからどのような症状がありますか？

- |                                 |                            |                             |                     |
|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> 発熱     | いつから<br>日前～（最高体温 _____ °C） | <input type="checkbox"/> 嘔吐 | いつから<br>日前～ _____ 回 |
| <input type="checkbox"/> 咳      | 日前～                        | <input type="checkbox"/> 下痢 | 日前～ _____ 回         |
| <input type="checkbox"/> 鼻水     | 日前～                        | <input type="checkbox"/> 腹痛 | 日前～                 |
| <input type="checkbox"/> ゼーゼー   | 日前～                        | <input type="checkbox"/> 発疹 | 日前～                 |
| <input type="checkbox"/> 耳の下の腫れ | _____ 日前～                  |                             |                     |
| <input type="checkbox"/> その他    | （ _____ ）                  |                             |                     |

● 上記の症状で他の医療機関を受診しましたか？

- はい （ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日）  いいえ

● まわりに同じ症状の方はいますか？

- はい （どなたが？ \_\_\_\_\_ ）  いいえ

● 現在服用中のお薬はありますか？

- はい （お薬の名前： \_\_\_\_\_ ）  
 いいえ

● お薬や食べ物でアレルギーはありますか？

- はい （ \_\_\_\_\_ ）  
 いいえ

● 過去にかかったもの、予防接種済のものに ○を付けて下さい。（分かる範囲で）

BCG ・ ロタ ・ 四種混合（ 回済） ・ 麻疹 ・ 風疹 ・ おたふく ・ 水痘

● ご希望のお薬の剤形があれば、○を付けて下さい。

錠剤 ・ 粉薬 ・ シロップ ・ 坐剤