

問診票

該当するものに○印又はご記入をお願い致します

年 月 日

ふりがな

お名前 _____ 来院時体温 _____ °C 体重 _____ kg

★通園・通学していますか？いいえ ・ はい(施設名: _____)

★周囲にうつる病気の方はいましたか？いいえ ・ はい

みずぼうそう ・ おたふくかぜ ・ はしか ・ インフルエンザ ・ (_____)

★体に急に出了または増えたブツブツはありますか？

なし ・ あり → どこにありますか？ _____

★熱 なし ・ あり ・ あった (※あり・あった方は熱票の記入をお願いします)

→いつからですか？ _____月 _____日 _____時から最高 _____°C

★痛み なし ・ あり → 痛いところ _____

★咳 なし ・ あり → 眠れる ・ 時々起きる ・ 全然眠れない ・ 苦しい

★鼻水 なし ・ あり

★吐く なし ・ あり ★気持ち悪い

→吐き始めは？ _____月 _____日 _____時頃～計 _____回最後の嘔吐 _____日 _____時頃

★下痢 なし ・ あり → いつからですか？ _____月 _____日 1日に _____回位

★他の医療機関に受診されましたか？

いいえ ・ はい →いつですか？ _____月 _____日

★定期診察 アトピーなどの湿疹 ・ 喘息 ・ 便秘 ・ その他(_____)

★その他 治癒証明書がほしい ・ 検査結果を聞きに ・ 健康診断

何かありましたらお書きください

※クリニック記入欄 カルテ入力

○体重 _____ kg (_____)

○SpO2 _____ % HR _____ RR _____

○外観： 良 ・ 不機嫌 ・ ぐったり

他院の処方；なし ・ あり

薬名 _____

処置 ・ 検査；なし ・ あり