

問診票 (再診用)

ID No.

診察前体温・体重 (当院で記入します)

°C g・kg

記入日： 年 月 日

最近の体重： g・kg

ふりがな	<input type="text"/>	性別	男 ・ 女
お名前	<input type="text"/>	生年月日	年 月 日 (歳 ヶ月)
電話番号	<input type="text"/>		

※症状に ○ をつけて いつからか お書きください。

発熱 (/ ~)	最高 °C	解熱剤の使用 (最終 月 日 時頃)
せき (/ ~)	湿った咳 乾いた咳	その他 ()
鼻水 (/ ~)	黄色・透明・その他 ()	つまっている
ゼイゼイ (/ ~)	睡眠できる・夜間時々起きる・全く眠れない	
嘔吐 (/ ~)	回数： 回/日	最後： 月 日 時頃 ・ 吐き気のみ
下痢 (/ ~)	回数： 回/日	泥状便 水様便 白色便 血が混じる
便秘 (/ ~)	排便回数： _____日に_____回くらい	
腹痛 (/ ~)	食事と関係：ある・ない	痛む場所：
発疹 (/ ~)	部位：	
痛み (/ ~)	頭 耳 耳の下 のど 関節	その他 ()
眼の症状 (/ ~)	赤い 目やにが出る かゆい	その他 ()
全身の状態 (/ ~)	不機嫌 ぐったり 飲みや食欲低下	尿が少ない その他 ()
その他	<input type="text"/>	

- ・通園・通学先を教えてください。()
- ・通園・通学先で流行している病気はありますか? ある ・ ない
()
- ・ご家族や周囲の人に病気の人はいませんか? ある ・ ない
()
- ・薬や食べ物で具合が悪くなったことがありますか? ある ・ ない
()
- ・過去に病気で入院をしたことがありますか? ある ・ ない
()
- ・現在通院中の医療機関や服用中のお薬があれば教えてください。 ある ・ ない
()