

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
日前～（最高体温 _____ °C） | <input type="checkbox"/> 嘔吐 | いつから
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