

4月~10月

問診票(初診・子供用)

ID

年 月 日

ふりがな		性別	男・女	生年月日	年 月 日 才
名前					
住所	〒				
電話		体重	Kg		

●今日はどのような症状で来られましたか？ あてはまるものにチェックしてください。

- 発熱 せき 鼻水 鼻詰まり 息切れ 息苦しい たん
 頭痛 ノドの痛み 嘔気 嘔吐 腹痛 下痢
 その他 (_____)

●その症状はいつからですか？

- 今日 昨日 月 日頃から
 発熱の方⇒ 月 日 時頃から ⇒高い時何℃ありましたか？ (_____ °C)

●今までにかかった病気・手術・ケガはありますか？ なし あり

- 高血圧 糖尿病 喘息 高脂血症 心臓病 腎臓病 肝臓病 脳卒中
 癌 (_____) その他 (_____)

●現在、何かお薬を飲まれていますか？

- なし あり (_____)

※お薬手帳はお持ちですか？ なし あり ⇒ 受付へお出し下さい。

●アレルギーはありますか？

- なし あり
 食べ物 (_____)
 薬 (_____)
 その他 (_____)

●希望されるお薬はありますか？

※薬によってはご希望に添えない場合があります。

- 粉 錠剤 シロップ
 指定なし

●女性の方にお尋ねします。妊娠中ですか？

- いいえ はい ⇒ ヶ月
 ⇒ 授乳中ですか？ いいえ はい

スタッフ記載

<バイタル>	
BT	_____ °C
P	_____ 回/分
BP	_____ / _____ mmHg
SpO2	_____ %