

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	_____ %