

問診票(初診)

ふりがな		生年月日	S・H・R	年	月	日	歳	ヶ月
お名前		男・女	体重	Kg	体温	℃		
住所	〒				保育園・幼稚園・学校名			
連絡先	なるべく携帯電話番号でお願いします →				-	-	(父・母・祖父母)	

☆当てはまるものにチェック・ご記入をお願いします

□ ①本日の受診理由について教えてください

□発熱 月 日 時より ℃

□鼻水・鼻づまり 月 日より

□下痢 月 日より 回/日 性状・水便・軟便

□腹痛 月 日より

□頭痛 月 日より

□アレルギー 月 日 時より→現在症状は？はい(じんま疹・呼吸苦)いいえ 内服薬

その他、医師に伝えたいことはありますか？

自宅又は他院で抗原検査はしましたか？いつですか？

インフル(A+,B+,-) コロナ(+,-) 溶連菌(+,-)

RSV(+,-) ヒトメタ(+,-) アデノ(+,-) 月 日

□咳 月 日より □定期受診

□呼吸苦 月 日より (舌下・アレルギー・皮膚)

□吐き気 月 日より □その他

□嘔吐 月 日より

□発疹 月 日より 部位

②保育園・幼稚園・学校で流行っている病気などはありますか

()

③入院・既往歴について教えてください。体質について教えてください

ない・ある(熱性痙攣・川崎病・喘息・その他))

④食べ物、薬、注射などでアレルギー反応が出たことはありますか？

ない・ある()

⑤お薬の服用について教えてください

現在、他の医療機関などで処方され、お薬を飲んでいる方はお薬手帳をおみせください

⑥処方薬のご希望について教えてください

1日(2回 ・ 3回 ・ お任せする 錠剤・粉薬 ・ シロップ ・ 坐薬)

ここ7日以内においてご家族の方で発熱や嘔吐など体調の悪い方はいますか？

いいえ

はい(どなたですか？→ _____ どのような症状ですか？→ _____ いつからですか？→ _____)

来院日 R年 月 日 曜日