

問診票

氏名 _____ 診察券番号 _____

生年月日 (診察券番号がわからない方のみ記入) 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

携帯番号 _____ (続柄: 父, 母, 祖父, 祖母, その他: _____)

体温 (来院時または来院直前: _____ °C) 体重 (_____ kg)

当てはまるものに○を付けてください。

●熱は? ない・ある

熱がある方は、その日の最高体温を記入してください。

(今日: 月/ 日: . °C, 昨日: 月/ 日: . °C, 2日前: 月/ 日: . °C,
3日前: 月/ 日: . °C, 4日前: 月/ 日: . °C)

それより前から熱がある方は余白にお書きください。

●のどの痛みは? ない・ある (月/日から? 月/ 日, 備考: _____)

●鼻づまりは? ない・ある (月/日から? 月/ 日, 備考: _____)

●鼻水は? ない・ある (月/日から? 月/ 日, 備考: _____)

どのような鼻水? 水様・ネバネバ・色付き・多い・少ない

●咳は? ない・ある (月/日から? 月/ 日, 備考: _____)

どのような咳? 痰がらみ・ゼーゼーする・乾いた・ケンケン (犬吠様)・息苦しい・朝・寝前・夜中・激しい・多い・少ない

●腹痛は? ない・ある (月/日から? 月/ 日, 備考: _____)

●食欲は? ある・ない (月/日から? 月/ 日, 備考: _____)

●吐き気は? ない・ある (月/日から? 月/ 日, 備考: _____)

●嘔吐は? ない・ある (月/日から? 月/ 日, 備考: _____)

(今日: 月/ 日: _____ 回, 昨日: 月/ 日: _____ 回, 2日前: 月/ 日: _____ 回,
3日前: 月/ 日: _____ 回, 4日前: 月/ 日: _____ 回)

それより前から嘔吐がある方は余白にお書きください。

●現在、水分は? 取れる・取れない (備考: _____)

●頭痛は? ない・ある (月/日から? 月/ 日, 備考: _____)

●けいれんは? ない・ある (月/日から? 月/ 日, 備考: _____)

●発疹は? ない・ある (月/日から? 月/ 日, 備考: _____)

●下痢は? ない・ある (月/日から? 月/ 日, 備考: _____)

(今日: 月/ 日: _____ 回, 昨日: 月/ 日: _____ 回, 2日前: 月/ 日: _____ 回,
3日前: 月/ 日: _____ 回, 4日前: 月/ 日: _____ 回)

それより前から下痢がある方は余白にお書きください。

どのような便? 水様便・粘液便・血便・白っぽい・緑色・黒っぽい・多い・少ない・
軟いだけ・少量頻回

●周りで流行している病気は? (_____)

●(2歳以下で熱が38.5°C以上の方) 突発性発疹にかかったことは?

ある・ない

●気になる症状があればお書きください。

(_____)