

問診票 1

わかる範囲でお書き下さい

ふりがな
氏名 _____ 男 女

年齢 才 ヶ月 体重 kg 身長 cm

生年月日 昭和 平成 年 月 日生まれ

住所〒 _____

自宅電話 _____ 携帯電話 _____

帰省中の方は ご家族のお名前 _____ お電話番号 _____

被保険者との続柄 _____

今日はどうなさいましたか、にレをつけてください

発熱 (_____ °C)

せき (かわいた 痰のからんだ かすれた ケンケン ゼイゼイ)

はなみず (黄色 透明 緑) はなづまり

のどが痛い

嘔吐 (1回 2回 3回 それ以上 頻回)

下痢 (水様 泥状 黄色 緑 茶色 白色 血が混じる)

お腹が痛い 頭が痛い 胸が痛い 関節が痛い 筋肉が痛い

湿疹 (顔 体 おしり 手足 その他 _____)

目やに その他 _____

その症状はいつからみられますか

(_____)

今まで病気で入院したことがありますか なし あり (_____)

現在飲まれている薬 なし あり (_____)

薬で具合が悪くなる なし あり (_____)

食べ物で具合が悪くなる なし あり (_____)

ほかにご相談したいことがあればご記入ください

<ご記入ありがとうございました>

こたけ小児科

(DDまっぷホームページより印刷)