

問診票(再)

- 保険証の変更はありますか？ → あり・なし
- 現症連絡票はご希望ですか？ → 希望・希望しない

今月の来院が初めての方は、体重計を使って計測をお願いします。

車番号

フリガナ 名前	男・女	生年月日	平成・令和	年	月	日
		年齢	歳	ヶ月		
電話番号	(- -)		付き添い	()		
住所	(〒 -) ※住所は初診の方・変更ある方のみご記入下さい					
通園(通学)	保育園・幼稚園・小学校・中学校					

※ お薬は飲めますか？ (シロップ・粉・錠剤)

体温

°C

※ 解熱剤を希望されますか？ (はい・いいえ)

体重

kg

※医師の判断で必要な検査を行っていますが、**希望されない方**はチェックを → 検査希望しません

1. 今日はどうされましたか？ ※予約時に症状を入力した方は2番からご記入下さい。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 熱 (/ ~ °C) | <input type="checkbox"/> 下痢 (/ ~ 回数: 回) |
| <input type="checkbox"/> 鼻水 (/ ~ 色・透明) | <input type="checkbox"/> 発疹 (/ ~ 部位:) |
| <input type="checkbox"/> 鼻づまり (/ ~) | <input type="checkbox"/> かゆみ (/ ~ 部位:) |
| <input type="checkbox"/> 咳 (/ ~) | <input type="checkbox"/> 頭痛 (/ ~) |
| <input type="checkbox"/> 咳き込んで嘔吐 (/ 回) | <input type="checkbox"/> その他 |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 (/ 回) | () |

2. 保湿剤の希望はありますか？(月1回まで) ※ローションには水性と乳剤性があります

なし

あり → ヘパリン類似物質 **クリーム・ローション(水/乳)・フォーム・プロペト**

3. 周りで流行している、または接触があった病気はありますか？

ない ・ ある (どこで: 流行ってるもの:)

4. 今、通院している病院はありますか？

ない ・ ある → (病院:)

5. 今、飲んでる薬はありますか？

ない ・ ある → ※お薬手帳をご持参ください

6. 1ヶ月以内にワクチン接種しましたか？ ※日付と種類をご記入ください。

また、何か気になることがある方はご記入ください。

[]