

令和 年 月 日

ベル 番

### 問診票

ID \_\_\_\_\_

↓以下の項目に記載をお願いします。不明な項目、記入いただけない項目は空欄で構いません。

ふりがな

氏名: \_\_\_\_\_ 男・女 体重: \_\_\_\_\_ kg 身長: \_\_\_\_\_ cm

〒 -

住所: \_\_\_\_\_

電話①: \_\_\_\_\_ 電話②: \_\_\_\_\_

来院時体温: \_\_\_\_\_ °C

生年月日: 昭和・平成・令和 年 月 日

年齢: \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ 月 / ( ) 人きょうだいの ( ) 番目 小学校までの方: 自宅・一時保育・保育園・幼稚園・小学校

(園・学校名: \_\_\_\_\_ )

#### ご家族で体調が悪い方はいらっしゃいますか

いない  いる(誰ですか? \_\_\_\_\_ 症状は? \_\_\_\_\_ )

症状についてわかる範囲でご記入ください。

| 発熱 | 月 日 時頃から         | °C                            | 頭痛   | 月 日 時頃から  |
|----|------------------|-------------------------------|------|---|
| 咳  | 月 日 時頃から         |                               | 息苦しい | 月 日 時頃から  |
| 鼻汁 | 月 日 時頃から         |                               |      | <input type="checkbox"/> 喘息の治療をうけたことがある                               |
| 腹痛 | 月 日 時頃から         |                               | 発疹   | 月 日 時頃から  |
|    | 部位: _____        |                               |      | 部位: _____   |
| 下痢 | 月 日 時頃から         | 水分摂取状況                        | けいれん | 月 日 時頃  |
|    | 1日 回 / 何色: _____ | <input type="checkbox"/> 取れる  |      | <input type="checkbox"/> 全身がピクピクした <input type="checkbox"/> 眼球が片方に寄った |
| 嘔吐 | 月 日 時頃から         | <input type="checkbox"/> まずまず |      | <input type="checkbox"/> 手足が硬くなった                                     |
|    | 1日 回 / 何色: _____ | <input type="checkbox"/> 取れない |      | その他( _____ )  |
|    | いつから、どんな症状ですか?   |                               |      |   |

診察時に医師に聞きたいことがあればお書きください

お薬についてお聞きします。

アレルギー歴: 無・有→( 喘息 食物アレルギー アトピー性皮膚炎 薬アレルギー )

今飲んでいる薬:

飲める剤型: 粉 シロップ 錠剤

1日に薬を飲める回数(3回が基本です): 1日2回 1日3回 何回でもよい

解熱剤の有無  ある  ない (希望の剤型:  座  粉  錠剤)

\*保険証受け取りサイン