

平成 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 年 月 日

年齢: _____ 歳 ヲ月/()人きょうだいの()番目 小学校就学前の方: 自宅・一時保育・保育園・幼稚園

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"/> 喘息の治療を受けたことがある
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 <input type="checkbox"/> 取れる <input type="checkbox"/> まずまず <input type="checkbox"/> 取れない	けいれん	月 日 時頃
	1日 回 / 何色:			<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"/> 手足が硬くなった
	1日 回 / 何色:			その他()
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日に薬を飲む回数: 1日2回 1日3回 何回でもよい

解熱剤チェック ある 座 粉 錠剤