

【診察問診票】

受診日 月 日

年齢 歳 か月

お名前 (男・女)

今の体温 ℃ 体重 kg

当てはまる項目に○をつけてください。
今日はどうされましたか？

いつから？

- 発熱 () 解熱剤最終使用は 月 日 時頃
- 痛み () (頭・お腹・のど・耳・関節)
- 鼻水 () さらさら・ねばねば・鼻づまり・くしゃみ
- 咳 () 痰がらみ・から咳・ゼーゼー
- おう吐 () 1日 回 最後に吐いたのは 月 日 時頃
- 下痢 () 1日 回 (水様・泥状・軟 / 白色・血混じり)
- 便秘 ()
- 皮ふ () 部位： (乾燥・赤み・ブツブツ・水ぶくれ)
- その他 ()

きげん (良い・少し悪い・悪い) 睡眠 (眠れる・浅め・眠れない)
水分 (飲める・少なめ・飲めない) 食欲 (食べる・少なめ・食べない)



◆いま治療中の病気はありますか？
()

◆当院の処方以外で、現在使用している薬はありますか？
はい・いいえ

★はいの方はお薬手帳があればお出してください

★診察までは飲食せずにお待ちください

ご協力ありがとうございました。