

# 問診票

【体重】 kg

母子手帳はお持ちですか？ はい ・ いいえ

ふりがな お名前	性別 男 ・ 女
生年月日 : S ・ H R	年 月 日 ( 歳 ヶ月)
ご住所 〒	
電話番号	携帯電話

● 症状

\*内科 : 発熱 ・ せき ・ 鼻水 ・ 頭痛 ・ のど痛 ・ 嘔吐 ・ 下痢 ・ 便秘

\*外科 : けが ・ やけど ・ 術後経過

\*泌尿器科 : おねしょ ・ 包茎 ・ 陰部のかゆみ

\*その他 ( )

● その症状はいつ頃からですか？ ( )

● 直近の体温 : °C ● 最高度の体温 : °C

● 発疹 (ぶつぶつ) : なし ・ あり

● アレルギー : なし ・ あり ( )

● 既往歴 (生まれつきの病気 ・ 入院 / 手術の予定) はありますか？  
なし ・ あり ( )

● 現在、他の病院に通っていますか？ : なし ・ あり ( )

● 現在使用しているお薬はありますか？ : なし ・ あり

( ※お薬手帳の提示でも構いません。 )

● 家族で当院の受診歴 : なし ・ あり

● お薬のご希望を教えてください。(治療上の理由でご希望に添えない場合もあります。)

内服薬 : 粉薬 ・ シロップ ・ 錠剤

解熱・鎮痛剤 : 粉薬 ・ シロップ ・ 錠剤 ・ 坐薬

● 在胎週数 : 週 日

● 出生体重 : g

● 分娩時 : 異常なし ・ 異常あり ● 出生時 : 異常なし ・ 異常あり