



問診票

ふりがな

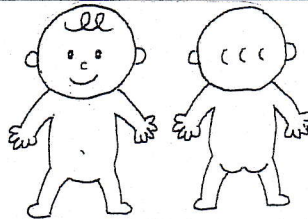
氏名() 生年月日 年 月 日 年齢 才 ヶ月

電話番号 携帯

体温()°C 体重()kg

☆今ある症状に○をつけて、いつからかご記入ください。

症状	いつから	症状	いつから
発熱	最終解熱剤使用()	嘔吐	回数()最終嘔吐()
せき		腹痛	
鼻水		下痢	回数()/日
のどの痛み		便秘	普段の排便()日に()回
その他		湿疹・発疹	



☆今のご様子はどうですか？

・水分摂取 (いつも通り ・ 少ない) ・食事摂取 (いつも通り ・ 少ない 割)

☆ご家族や学校・幼稚園・保育園で体調を崩している方はいますか？

なし ・ あり → (病名:)

☆現在治療している病気・使用しているお薬はありますか？

なし ・ あり → (病名:)

→他院で処方されているお薬はお薬手帳をそえるか薬の名前をご記入ください。

()

☆どんな薬を希望されますか。 ○をつけてください。

シロップ ・ 粉薬 ・ 錠剤 ・ まだ飲ませたことがない

希望回数: 1日2回 ・ 1日3回

☆熱さましの処方を希望しますか。 はい (内服 ・ 坐薬) ・ いいえ

☆今まで薬が原因で赤い発疹がでたり、アレルギー反応をおこしたことがありますか？

はい (薬と症状) ・ いいえ

吸入	メプテン ml ビソルボン ml 生食 ml	検査	院内尿検査 ・ 尿沈渣 ・ 院内血液検査
注射	点滴 薬品:		血糖 ・ SpO2 %
処置	排便 ・ 坐薬 ・ 浣腸 薬品: 創傷 ・ 熱傷 ・ 軟膏 部位: 鼻吸引		溶連菌 ・ RS ・ マイコ ・ アデノ インフル ・ hMPV ・ ノロ ・ ロタ エコー 部位: 腹部 ・ 胸部 ・ 頸部 外注検査(血液 ・ 培養) ・ 心電図
画像	レントゲン 部位: 腹部 ・ 胸部 ・ 頸部	その他	ポカリ マスク(枚) オムツ(枚)