

## 問診票

<お名前> \_\_\_\_\_

<年齢>      歳      か月

<体重>      kg

<登園、登校>      園      学校

<周囲で流行している病気>

<今日はどうされましたか？>

下記で当てはまるものがあれば記載ください（あてはまる症状に○を付けてください）

食欲：ある 少し ない

水分：摂取できる 少し できない

( ) 発熱：      日前より ( 月 日より)      °Cくらい 最高      °C

( ) 咽頭痛：      日前より 時々痛い 唾液を飲むと痛い 常に痛い

( ) 咳：      日前より 乾いた 湿った ゼロゼロ 夜眠れない

( ) 鼻：      日前より 透明鼻汁 色付き鼻汁 鼻づまり

( ) 喘鳴：      日前より ゼイゼイ ヒューヒュー 日中 夜間 夜眠れない

( ) 頭痛：      日前より 時々 ずっと 弱い 強い

( ) 耳痛：      日前より 右 左

( ) 腹痛：      日前より 時々 ずっと 弱い 強い どの辺り？

( ) 嘔気：      日前より 時々 ずっと 弱い 強い

( ) 嘔吐：      日前より 1日 回くらい 最後に嘔吐したのは 月 日 時頃

( ) 下痢：      日前より 1日 回くらい 軟便 泥状便 水様便 白色 血便

( ) 発疹：      日前より 赤い 痒い ブツブツ 莽麻疹様 どの部位？

上記以外の症状があればお書きください。

家族内や周りに同じ症状の人はいますか？

**患者情報（初診の方のみ）**

<お名前>

<生年月日> 西暦 年 月 日 年齢： 歳 か月

<住所>

〒

<電話番号>

<出生歴>

在胎 週 日 出生時体重 g

<これまでにかかった大きな病気>

<アレルギー歴（薬や食べ物など）>

<当クリニックをどのようにして知りましたか？>

- ( ) インターネット・ＨＰ ( ) 知人・家族等の紹介 ( ) 通りがかり  
( ) 看板 ( ) 口コミ ( ) チラシ ( ) 住まいが近い  
( ) 職場が近い ( ) その他