

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 蕁麻疹様 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？>

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> インターネット・HP | <input type="checkbox"/> 知人・家族等の紹介 | <input type="checkbox"/> 通りがかり |
| <input type="checkbox"/> 看板 | <input type="checkbox"/> 口コミ | <input type="checkbox"/> チラシ |
| <input type="checkbox"/> 職場に近い | <input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> 住まいに近い |