

問診票 飲んでいるお薬がありましたら、お薬手帳を提出して下さい

ふりがな	
お名前	男・女
生年月日	平成 年 月 日 (才)
住所	〒
自宅電話	() () ()
携帯電話	() () ()

◆ **主訴 (本日の受診目的) をご記入ください**

現在の体重

kg

➤ **発熱**

- なし
- ある いつから
- () 日前に () °C あったが現在ない
- その他 4~5日以内の発熱について詳しく

今日の体温
 現在 _____ °C
 最高 _____ °C

昨日の体温
 最高 _____ °C

※ 今、学校・幼稚園・保育園・家族で流行っている病気はありますか?
 ない ・ ある

あるの方は
 こちらにも
 ○して下さい

インフルエンザ・アデノウイルス
 溶連菌・ロタ・ノロ・手足口病
 その他 ()

- **せき** (ない ・ 少しある ・ 多い ・ 眠れない程ある ・ 朝方多い)
- **鼻汁** (ない ・ 透明 ・ 青色 ・ 黄色 ・ つまっている)
- **嘔吐** (ない ・ ある 昨日 回 ・ 今日 回)
- **食欲** (ある ・ ないが少しは食べる ・ 食べられないが水分は取れる ・ 水分も取れない)
- **下痢** (ない ・ ある 昨日 回 ・ 今日 回)
- 体に発疹・湿疹がある等、その他気になることがありましたら記入してください
- 現在治療中の病気がありますか (ない ・ ある _____)
- 薬や食べ物で具合が悪くなったことがありますか (ない ・ ある _____)
- 今までにかかった病気はありますか (熱性痙攣 ・ 中耳炎 ・ 喘息 ・ その他 ())

✚ **来院のきっかけ** (知人の紹介 ・ 近いうち ・ 小池病院で出産したから ・ ホームページを見て ・ 他の病院に通院しているが改善しない等)
 当院を選択された理由を記入してください