

# 問診票

ふりがな  
氏名： \_\_\_\_\_ (男・女) 年齢： \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月

体温： \_\_\_\_\_ °C

1ヶ月以内の体重： \_\_\_\_\_ kg (※薬の量が変わりますのでできるだけ正確にご記入ください。)

本日の緊急連絡先 (携帯電話)： \_\_\_\_\_ — \_\_\_\_\_

## 本日はどうされましたか？

- はじめての症状  定期受診  検査結果説明  
 前回の続き：(改善・不変・悪化)  健康診断 (園名： \_\_\_\_\_ )

## どんな症状がありますか？

### ①はじめての方 / 今回の症状ではじめて受診される方

- 症状がある項目すべてに○をつけてください。  
発熱 (最高： \_\_\_\_\_ °C) ・ 鼻水 ・ 咳 ・ 肌のぶつぶつ  
嘔吐 (1日 \_\_\_\_\_ 回程度) ・ 下痢 (1日 \_\_\_\_\_ 回程度) ・ 腹痛 ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )  
 上記の症状の経過についてご記入ください。

- 困っている項目すべてに○をつけてください。  
ぐったり ・ 食欲がない ・ 水分が摂れない ・ 機嫌が悪い ・ 眠れない ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )  
 周りで流行している感染症などがあればご記入ください。(病名： \_\_\_\_\_ )

### ②前回の続きで受診の方

- 希望 (いつものお薬 ・ お薬変更 ・ 検査 ・ 治癒証明書 ・ 鼻吸引 ・ その他 \_\_\_\_\_ )  
 前回受診後からの症状の経過についてご記入ください。

- その他、症状や気になることなどをご記入ください。

## 当院以外での受診があればご記入ください。

- すでに診断を受けている病名はありますか？ (病名： \_\_\_\_\_ 時期： \_\_\_\_\_ 頃から)  
 他院で処方されているお薬はありますか？ ( ない ・ ある ( \_\_\_\_\_ ) )

## 他に相談したいことがありましたらご記入ください。