

問 診 票

記入年月日 年 月 日

フリガナ		生 年 月 日 男 女	S・H	年	月	日
名 前			歳	カ月		
住 所	〒	電 話				
		携 帯				
			現在の体温			
			℃			

- 今日はどうされましたか？
 発熱(今回の発熱で一番高かった体温 _____℃) 鼻水(透明・黄色・緑色) 鼻づまり のどの痛み
 咳(乾いた咳・痰がらみ・ケンケン・眠れないほどの咳) 腹痛 下痢 便秘 嘔吐 発疹
 喘息 けいれん アレルギー検査 低身長 その他
 ● 様子を詳しく教えて下さい。《例 3日(月)から咳が出始め、5日(水)から38.3℃の発熱、水分は摂れている》

- 今現在、服用中のお薬があれば教えて下さい。(おくすり手帳をお持ちの方はお貸し下さい。)

- まわりに同じような症状の方はいますか？
 いいえ はい (どなたが？)
- 今までにかかったことがある病気、また、生まれつきの病気はありますか？ 《例 3歳の時に肺炎》
 いいえ はい (.....)
- これまでに喘息または、喘息気味と言われたことはありますか？
 いいえ はい (いつ頃 _____年 _____月頃 ・ _____歳 _____カ月頃)
- これまでに薬剤、その他食品などでアレルギー反応(じんましん・ショックなど)を起こしたことがありますか？
 《例 卵の白身でじんましんが出た》
 いいえ はい (何で？)
- お薬の希望を教えてください。
 ● 粉薬 シロップ 錠剤(小学生以上)
 ● 解熱・鎮痛剤は 粉薬 シロップ 坐薬
- その他、心配なこと・聞きたいことがありましたらご記入下さい。



はなの木台
渡辺小児科医院

成田市はなのき台1-22-14 TEL.0476-28-1212