

予約 (:)
 来院 (:)



問 診 票

2022年 月 日

- ・診察
- ・予防接種 4種・ヒブ・プレ・B肝・日脳・MR・DT・水痘・おたふく・ロタ・BCG・インフル
- ・健診 6・7ヶ月健診 9・10ヶ月健診 1歳6ヶ月健診

No.	カルテNo	年齢
-----	-------	----

フリガナ		男 Male ・ 女 Female	昭和S ・ 平成H ・ 令和R
氏名 name			Date of birth 年 月 日
住所 Address	〒 —		
自宅☎ Phone		携帯☎	

お熱	℃		
1	今日はどうしましたか？ それはいつからですか？		
2	熱はでましたか？	はい 最高()℃	いいえ
3	鼻水はでますか？	はい 透明・黄色	いいえ
4	せきはでますか？	はい 軽い・ひどい・喘息あり	いいえ
5	のどの痛みはありますか？	はい 少し・ひどい	いいえ
6	吐き気はありますか？	はい 少し・ひどい	いいえ
7	嘔吐はしましたか？	はい ()回くらい吐いた	いいえ
8	下痢はしていますか？	はい ()回	いいえ
9	腹痛はありますか？	はい 少し・ひどい	いいえ
10	発疹はありますか？	はい 少し・ひどい	いいえ
11	食欲はありますか？	ない	ある
	「いいえ」の方、水分はとれますか	とれない	とれている
12	現在治療している病気はありますか？	はい()	いいえ
13	現在飲んでる薬はありますか？	はい()	いいえ
	【はい】の方→ お薬手帳等のご提示をお願いいたします		
14	どんな種類の薬が飲めますか？	☐ シロップ ☐ 粉くすり ☐ 錠剤またはカプセル	
15	今までに薬や食べ物でアレルギーをおこしたことがありますか？	はい	いいえ
	【はい】の方 ☐ 卵 ☐ 牛乳 ☐ 薬() ☐ その他の食べ物() ☐ その他()		
16	*ご婦人の方に 妊娠してますか？その可能性はありますか？	はい	いいえ

その他の症状やお気付きの点がありましたらご記入ください