



# 問 診 票



受付番号

\*スタッフ記入\*  
ノート・母・薬

今の体温 \_\_\_\_\_℃ → 坐薬を入れて帰りますか？ (はい・いいえ)

ふりがな	男・女	生年月日 (昭・平 年 月 日)
お名前	自宅・ _____	幼稚園・保育園 ( _____ 組)
	_____	学校 ( _____ 年 組)

## 今日はどうされましたか？

症 状	いつから	状 況
発熱		【 日 目 】 今朝の体温 _____℃ 最後の坐薬 _____月 _____日 _____時
咳		痰がからむ・から咳・ゼーゼー音がする
鼻汁・鼻づまり		
下痢		1日 _____回 (水様・泥状・軟便) 色 (白・茶・黄・緑)
吐き気・おう吐		1日 _____回
発疹		顔・頭・手足・全身

【その他の症状】 ○をつけて下さい。

腹痛・頭痛・のどの痛み・目やに・便秘 (他に気になる事があればご記入下さい)

\*休日診療所・夜間診療所・その他病院にかかりましたか？

(いいえ・休日診療所・夜間診療所・その他 \_\_\_\_\_)

他院ではお薬はもらっていますか？ (いいえ・はい) → お薬手帳をお見せ下さい。

\*ご家族・お友達で具合の悪い方、その他まわりで流行している病気はありますか？

なし (水ぼうそう・おたふく・溶連菌・プール熱・インフルエンザ・ロタウイルス)

\*一緒にいらした方は？ 父・母・祖父・祖母 ( \_\_\_\_\_ )

\*こちらから連絡することもございますのでご記入下さい。★携帯電話 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

(個人情報ですので守秘義務を守るため、機密処理致します)

橋本こどもクリニック