

体温	℃
体重	kg
身長	cm

受診日 令和 年 月 日

問診票

診察券番号	
-------	--

ふりがな		生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和
お名前	男・女		年 月 日 (歳 ヶ月)

通っている学校・幼稚園・保育園名 : _____

☆本日はどうされましたか？

- ①定期受診 ②検査結果説明 ③診察 ④その他 ()

☆③診察の方は、診察の参考にしますので、 またはご記入をお願いします。

前回の続きで受診の方

①前回受診後からの症状の経過についてご記入ください。

②その他の症状や気になることをご記入ください。

前回と別の症状で受診の方 (初めての方)

①どのような症状がありますか？

- 発熱 (℃) のどが痛い 咳がでる 鼻水 頭痛 腹痛
 嘔吐 (1日 回程度) 吐き気 下痢 (1日 回程度) 血便がでた
 ひきつけをおこす 肌のぶつぶつ その他 ()

②いつごろからですか？ ()

③困っている項目すべてに をつけてください。

- 元気がない 機嫌が悪い 食欲がない 水分が摂れない 眠れない
 その他 ()

④まわ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:)

⑤現在服用中のお薬はありますか？

- ない
 ある ()

☆ほかに相談したい内容があればご記入ください。

ありがとうございました。
ご記入されました個人情報に関しましては、当院の診療以外には使用いたしません。