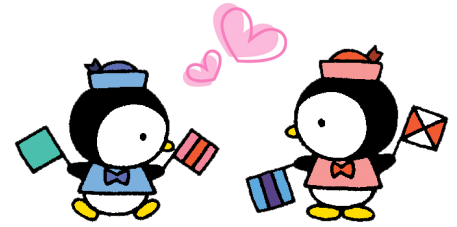


## 問診票



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

体温： \_\_\_\_\_ °C 1か月以内の体重： \_\_\_\_\_ kg (※薬の量が変わりますので出来るだけ正確にご記入下さい)

本日の緊急連絡先 (携帯番号)： \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### 本日はどうされましたか？

- ★診察 ( ①前回の続き：改善・不変・悪化 ②前回とは別の症状 ③定期受診 ④検査結果説明 )  
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 )

### どんな症状がありますか？

#### 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その他症状や気になること等をご記入ください。

#### 前回とは別の症状で受診の方 (初めての方)

①症状がある項目全てに○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 ( \_\_\_\_\_ )

②いつからどのような症状があるかをご記入ください。

③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： \_\_\_\_\_ )

### 当院以外での受診があればご記入ください

①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 )

②他院で処方されているお薬はありますか？ ( ある ・ ない )

### 他に相談したい内容があればご記入ください