

ID: _____

問診票～再来の方～

保険証



名前(カタカナ): _____

年 月 日

年齢: 才 _____ ケ月 _____

性別: 男・女 体温【 _____ ℃】

※小児の方→体重【 _____ kg】

かかりつけ医	無・有→病院名:
入院歴	無・有→病院名:
住所の変更	無・有→新住所:
電話番号の変更	無・有→新番号:
保険証の変更	無・有

★本日はいかがなさいましたか。お困りの症状に✓や○をつけ、日付をご記入ください。

<input type="checkbox"/> 発熱()時頃()℃ 月 日～	<input type="checkbox"/> 吐き気 月 日～
<input type="checkbox"/> セキ・ゼイゼイ・息苦しい 月 日～	<input type="checkbox"/> 嘔吐 1日()回 月 日～
<input type="checkbox"/> 鼻汁(黄色・透明) 月 日～	<input type="checkbox"/> 下痢 1日()回 月 日～
<input type="checkbox"/> たん(黄色・透明) 月 日～	<input type="checkbox"/> 腹痛 月 日～
<input type="checkbox"/> のどの痛み 月 日～	<input type="checkbox"/> 頭痛 月 日～
<input type="checkbox"/> 水分 とれている・とれていない	<input type="checkbox"/> 食欲 あり・なし
<input type="checkbox"/> その他	

★下記の質問にお答えください。

体にブツブツはありますか？	はい・いいえ
耳下腺が腫れていますか？	はい・いいえ
※小児の方→中耳炎になったことはありますか？	はい・いいえ
※成人の方→タバコを吸いますか？	はい・いいえ
※女性の方→妊娠していますか？	はい・わからない・いいえ
授乳中ですか？	はい・いいえ

★お薬について

薬や食べ物にアレルギーはありますか？

いいえ・はい (薬・食べ物の名前: _____)

上記の薬や食べ物によるアナフィラキシーショックの既往はありますか？

いいえ・はい

他の医療機関で薬を出されていますか？

いいえ・はい (薬の名前: _____)

※小児の方→薬はどの種類が飲めますか。飲めるものに○をつけてください。

(粉 ・ 錠剤 ・ カプセル ・ シロップ ・ 全て)

▶お時間がかかります。

希望の薬はありますか？○をつけてください。

(トローチ ・ うがい薬 ・ 漢方 ・ 特になし ・ その他(_____))

注意事項

- ・小児(10才未満)の方は、日曜日の処方は2日分となります。
- ・時間予約の方を優先的に診察いたします。時間指定なしの方、予約なしの方は、診察の進行状況により、待ち時間が長くなる場合があります。予めご了承ください。
- ・中学生以下の保護者不在の受診は、お断りしております。

上記事項確認しました サイン