

問診票

受診日 : 年 月 日 男・女

ふりがな

氏名 : 年齢 : 歳 ヶ月 体重 : kg

体温 : 度

1. いつからどのような症状がありますか？

いつから :

発熱 ・ 鼻汁/鼻閉 ・ 咳 ・ 痰 ・ 喘鳴 (ヒューヒュー/ゼーゼー)
のどの痛み ・ 耳痛 ・ 嘔声 (声がれ) ・ 呼吸が苦しい
嘔吐 ・ 下痢 ・ 腹痛 ・ 発疹
その他 ()

2. その症状に対して何かお薬を飲んでいますか？

あり ()

なし

3. まわりで流行っている病気はありますか？

あり ()

なし

4. 他に継続して治療中の病気はありますか？

あり (病名)

なし

5. 今までに入院したことや手術したことはありますか？

あり (年齢・病名)

なし

6. 食物 ・ 薬剤のアレルギーはありますか？

あり ()

なし

7. お薬の剤形にご希望はありますか？

粉薬 ・ シロップ ・ 錠剤

解熱剤処方の場合 : 粉薬 ・ シロップ ・ 錠剤 ・ 坐剤