

問診票

氏名 _____ 年齢 _____ 才 _____ 体重（13歳まで） _____ kg

1. 今日はどのような症状を診てもらいたいですか？

いつから	
どちらの	右 ・ 左 ・ 両側
どこが	
どんな症状	

2. 現在の症状について、ほかの病院で診察を受けたことやお薬の処方がありましたか？

なし ・ あり（病院名：
薬名： _____）

3. 家族・職場・学校などまわりで流行している病気はありますか？

なし ・ あり（病名： _____）

4. この症状は今回以前にもありましたか？

なし ・ あり（いつ頃ですか？： _____）

5. 解熱剤を希望しますか？

希望しない ・ 希望する（ こな ・ つぶ ・ 坐薬 ）

6. 現在ほかの病気はありますか？

なし ・ あり（病名： _____）

7. 今までにお薬や点滴で調子が悪くなったことはありますか？

なし ・ あり（薬名： _____）

8. お子さまへ、処方の希望はありますか？（お薬の種類によっては希望に添えない場合もあります）

つぶ ・ こな ・ シロップ

9. 女性の方へ、妊娠もしくは授乳をしていますか？

なし ・ 妊娠中（ _____ か月 / 出産予定日 _____ 月 _____ 日ごろ）

授乳中 ・ 妊娠の可能性がある