

問診票

ふりがな	体温 () °C
ID お名前	体重 () kg

当てはまる症状に○をつけて、症状が出てきた月日を (/) にご記入ください。

今日はどうされましたか？ (診察 喘息 アレルギー 薬 検査 相談 書類等)	
発熱	(/) () 時頃から 最高 () °C
せき	(/) から (乾いたせき 痰がらみ ゼーゼー ケンケン)
はなみず	(/) から (鼻づまり 透明 黄緑色)
おうと	(/) から 1日 () 回 (突然吐く 咳きこんで吐く)
げり	(/) から 1日 () 回 (水様 泥状 血便 白色 くさい)
腹痛	(/) から (ずっと ときどき)
便秘	(/) から出ていない もともと () 日に1回ペース
皮膚症状	(/) から (頭 顔 口 体 おしり 手 足 乾燥 水疱)
その他	()
食事は	(いつも通り 少なめ 全くとれない) (/) から
水分は	(いつも通り 少なめ 全くとれない) (/) から
おしっこは	(いつも通り 少なめ 全く出ない) (/) から
周囲で流行っている病気はありますか？ ()	
お薬の希望 (シロップ 粉薬 錠剤)	1日の内服回数の希望 (3回 2回)
解熱剤の希望 (要 不要)	(座薬 飲み薬)
その他、医師に伝えたいことがありましたらお書きください	