



【問診表（はじめて受診される方）】

ふりがな

名前 _____ 男・女 生年月日 T・S・H 年 月 日 歳

住所 〒 _____

電話 自宅 _____ 携帯 _____

通園・通学先名 _____ (小児のみ)

1) 本日の受診目的を教えてください。該当するところを○で囲んでください。

発熱 いつごろから _____ (_____ °C) 現在 (_____ °C) ※看護師記入
 頭痛 耳痛 咳 鼻水 ゼイゼイ
 嘔吐 下痢 便秘 腹痛 湿疹
 その他 (_____)

アレルギー相談 (食事 ・ 皮膚炎 ・ 喘息 ・ 鼻炎 ・ その他)

2) 現在飲んでいるお薬があれば教えてください。

(_____)

3) お薬や食物のアレルギーがあれば教えてください。

(_____)

4) 今までにかかったことがある、もしくはかかっている病気を教えてください。

突発性発疹 水ぼうそう おたふくかぜ 風疹 はしか
 熱性けいれん ぜんそく アトピー性皮膚炎 じんましん
 アレルギー性鼻炎 アレルギー性結膜炎 その他 (_____)

5) 小児の方にお尋ねします。お薬は粉薬・シロップ・錠剤のどちらがよろしいでしょうか？

粉薬 シロップ 錠剤

6) 飲み薬は1日3回でも大丈夫ですか？ (大丈夫 ・ 1日2回を希望)

7) 本日、解熱剤は必要ですか？ (はい ・ いいえ)

必要な場合、どの種類をご希望ですか？ (座薬 ・ 粉薬 ・ 錠剤)