

# 問 診 表

**再診の方は太枠内のみ  
記入してください**

※住所を変更された方はお申し出ください

受付日 年 月 日

ふりがな 氏 名		男 女	生年月日 年 齡	(S・H) 年 月 日 生まれ 才
-------------	--	--------	-------------	-------------------------

初診の方 は記入	住所	〒	市	TEL	-	-
-------------	----	---	---	-----	---	---

計測	体温	℃	体重	kg
----	----	---	----	----

〈該当する症状に○印をつけてわかる範囲で記入してください〉

## 1. 今回のことで初診の方

<b>発熱：</b>	頃から
1日の最高体温が	
本日	℃
昨日	℃
1昨日	℃

<b>咳：</b>	頃から
乾いた咳 湿った咳	
多い時間帯：日中から	
寝際 夜中 明け方	

<b>鼻汁：</b>	頃から
透明/白色 黄色/緑色	
鼻づまり/くしゃみ	
はなこすり/いびき	
口呼吸	

<b>嘔吐：</b>	頃から
本日	回
昨日	回
1昨日	回

<b>下痢：</b>	頃から
軟便 泥状 水様 血便	
本日	回
昨日	回
1昨日	回

<b>腹痛：</b>	頃から
<b>発疹：</b>	頃から
どこに？	

その他：

## 2. 症状が変わらない、悪化した方（再診）

## 3. 定期受診の方

<薬の形状は何がいいですか> シロップ 散剤 錠剤

<本人にアレルギーはありますか>

食品： 薬物： その他：  
喘息(気味)と言われたことがありますか？ (なし・ある)

<今まで入院をしたことがありますか？ 定期的に診てもらってる病気はありますか？>

病 名：

<今、飲んでいる薬はありますか？>

薬 名：