

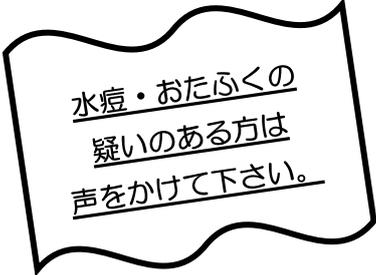
問 診 票

20 年 月 日

名前 \_\_\_\_\_ 才 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 男 ・ 女 体重 \_\_\_\_\_ kg

本日はどうなさいましたか？

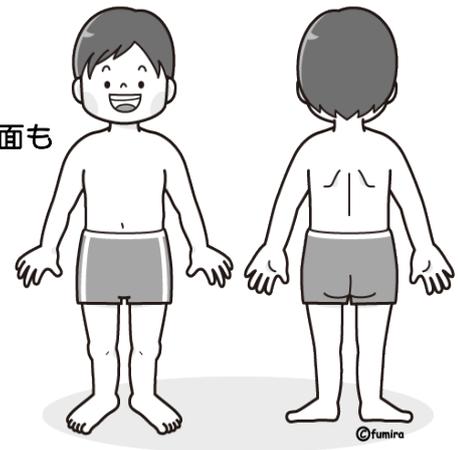
	< 月/日 体温 >
<input type="checkbox"/> 発熱 今日 _____ °C 経過(最高)	_____ / _____ °C
<u>発熱 3 日以上続いているときは</u>	_____ / _____ °C
<u>裏面の体温表に記入をお願いします。</u>	_____ / _____ °C



(いつから) 【症状】

- 鼻水 ( / ~ ) 【水 ・ ドロツとした ・ つまり ・ その他】
- 咳 ( / ~ ) 【痰絡み ・ 乾いた ・ その他：日中 ・ 夜】
- 吐き気,嘔吐 ( / ~ ) 【嘔吐 \_\_\_\_\_ 回/日 ・ 本日 \_\_\_\_\_ 回】
- 下痢 ( / ~ ) 【水便 ・ 軟便 ・ その他： \_\_\_\_\_ 回/日 ・ 本日 \_\_\_\_\_ 回】
- 腹痛 ( / ~ ) 【部位： \_\_\_\_\_ 】
- 発疹,湿疹 ( / ~ ) 【発疹 ・ かゆみ ・ 乾燥 部位： \_\_\_\_\_ 】
- 喉の痛み ( / ~ )

その他の症状,気になる事,聞きたいこと ※書ききらない場合は裏面もご利用下さい。



- ◎水分 ( とれている ・ とれていない )
- ◎尿量 ( 普段通り ・ 少ない )
- ◎学校,保育園で流行している病気はありますか？ ( \_\_\_\_\_ )
- ◎他病院で処方されている薬がある方はお薬手帳の提示をお願いします。