

問 診 票

20 年 月 日

・ 本日の体温： _____℃

名前 _____ 才 _____ 月 男 ・ 女

・ 体 重： _____ k g

◇ 本日はどうなさいましたか？

《 症状 》 《 いつから 月日 》

□ 発熱経過 _____ / _____ °C
 _____ / _____ °C
 _____ / _____ °C
 発熱が3日以上続いている時は → □ 裏面記入有
裏面の体温表に記入をお願いします

□ 鼻水 (_____ / _____ ~) [水 ・ ドロツとした ・ つまり ・ その他]

□ 咳 (_____ / _____ ~) (痰絡み ・ 乾いた ・ ヒューヒュー ・ ゼーゼー / 日中 ・ 夜)
 咳込み吐く

□ 喉の痛み (_____ / _____ ~)

□ 吐き気 (_____ / _____ ~)

□ 嘔吐 (_____ / _____ ~) [本日 _____ 回]

□ 下痢 (_____ / _____ ~) [水便 ・ 軟便：本日 _____ 回 ・ その他]

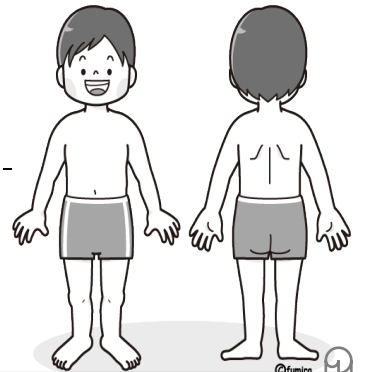
□ 便秘 (_____ / _____ ~ _____ 日目) [最後の排便 (_____ / _____) ・ 普段から便秘気味]

□ 腹痛 (_____ / _____ ~) [部位：右 ・ 左 / 上 ・ 下]

□ 皮膚 (_____ / _____ ~) [発疹 ・ 湿疹 ・ かゆみ ・ 乾燥 部位： _____]

□ その他の症状, 気になる事, 聞きたい事はありますか？

書ききらない場合は裏面に記入をお願いします。 → □ 裏面記入有



水痘・おたふくの疑いのある方は
 声をかけて下さい。

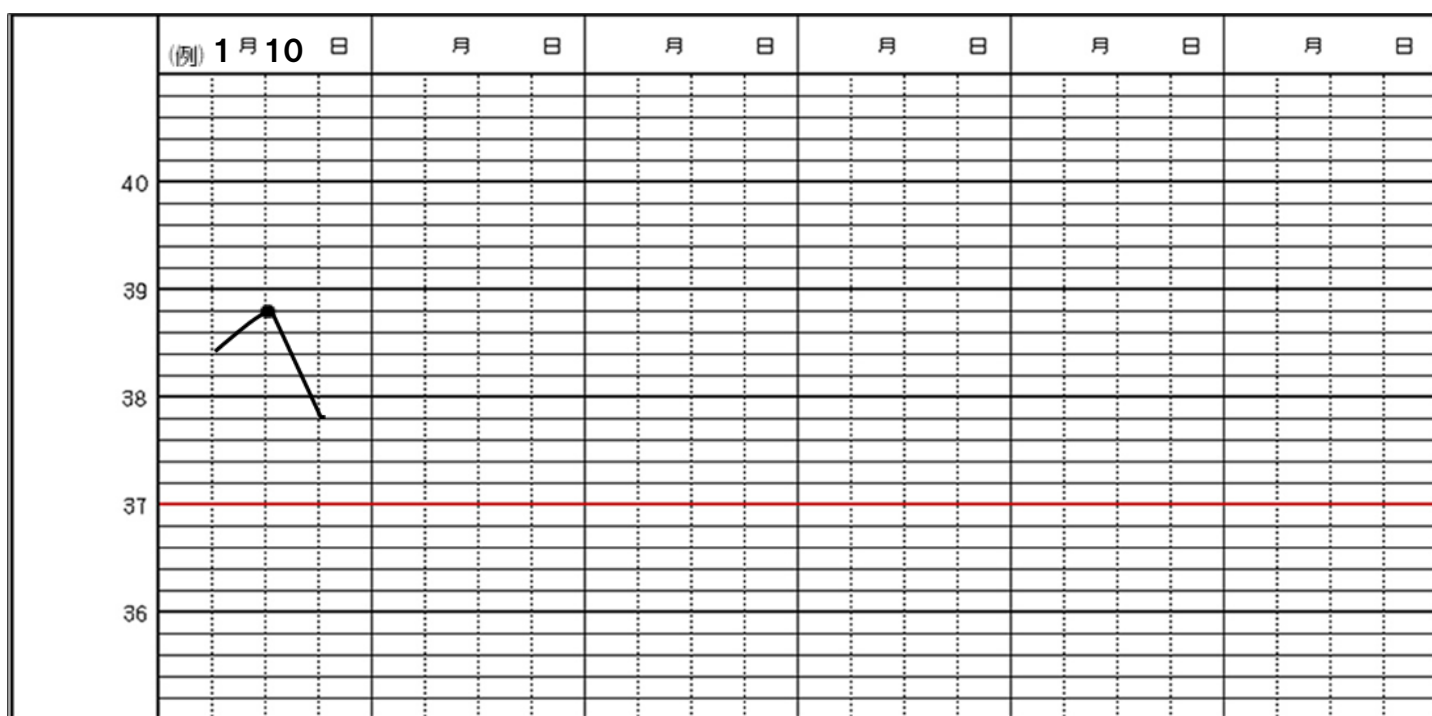
◎ 水分 (とれている ・ とれていない)

◎ 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診察室でお薬手帳の提示をお願いします。

体温表 (その日の最高体温)



《メモ》