

問診票

記入日 年 月 日

フリガナ

氏名

体重: kg

◎どんな症状がありますか？□にチェックしてください。

□ 前回の続き

- | | |
|---|--|
| <p>いつから</p> <p>□ 発熱 (°C ())
解熱剤使用 (あり・なし) → 最後使用日時 (日時)</p> <p>□ 頭痛 ()</p> <p>□ のどの痛み ()</p> <p>□ 咳 ()</p> <p>□ 痰がらみ ()</p> <p>□ ゼーゼー ()</p> <p>□ ヒューヒュー ()</p> <p>□ 鼻水 (色) ()</p> <p>□ 耳痛 (右・左・両) ()</p> <p>□ 体がだるい ()</p> <p>□ 食欲不振 ()</p> <p>□ アレルギー 症状 ()
採血希望 あり ・ なし</p> <p>食欲 (良好 ・ やや不良 ・ 不良)</p> | <p>いつから</p> <p>□ 下痢 量 (多・普・少) ()
血が混じる (あり・なし)
便の色 ()</p> <p>□ 便秘 ()</p> <p>□ 腹痛 ()</p> <p>□ 嘔気 ()</p> <p>□ 嘔吐 ()</p> <p>□ 発疹 ()
顔・腕・足・胸・腹・背中・おしり</p> <p>□ かゆみ ()</p> <p>□ めやに (右・左・両) ()</p> <p>□ 関節痛 ()</p> <p>□ 口内炎 ()</p> |
|---|--|

◎おくすりの形状のご希望 □ 粉 □ シロップ □ 錠剤

ご質問・心配なこと・先生に聞きたいことなどあればご記入ください