

【診察問診票】

受診日 平成 年 月 日

歳 月

お名前

(男・女)

今の体温

℃

体重

kg

当てはまる項目に☑や○をつけてください。

□この相談は初めて

いつから？

□発熱 () 最高 () °C

□鼻水 () さらさら・ねばねば・鼻づまり・くしゃみ

□咳 () 痰がらみ・から咳・ゼーゼー

□おう吐 () 1日 回 最後に吐いたのは 時頃

□下痢 () 1日 回 (水様・泥状・軟 / 白色・血混じり)

□皮ふ () 部位: (乾燥・赤み・ブツブツ・水ぶくれ)

□その他 ()

きげん (良い・少し悪い・悪い)

睡眠 (眠れる・浅め・眠れない)

水分 (飲める・少なめ・飲めない)

食欲 (食べる・少なめ・食べない)

□続きの相談…その後いかがですか？ ()

湿疹・便秘・ぜん息・アレルギー疾患・その他薬処方 ()

きげん (良い・少し悪い・悪い)

睡眠 (眠れる・浅め・眠れない)

水分 (飲める・少なめ・飲めない)

食欲 (食べる・少なめ・食べない)

◆お薬の希望は？ (シロップ・粉・錠剤)

◆熱さまし(解熱剤)処方の希望は？ (ない・粉薬・坐薬)

◆いま治療中の病気はありますか？

()

◆現在使用している薬があればお書きください。

月 日から ()

ご協力ありがとうございました。

★診察までは飲食せずにお待ちください★