

<問診票>

やなづめ小児科・アレルギー科クリニック

フリガナ

お名前 _____ 男 ・ 女 生年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
〒 _____ 年齢 _____ 歳 _____ ヶ月

住所 _____ 電話番号 _____
携帯番号 _____

1. くすりは (シロップ・粉・錠剤) 希望
その他、 (座薬・飲み薬の解熱剤・目薬・軟膏) 希望

2. もともと何か病気をお持ちですか? _____

3. 今日はどうなさいましたか?

あてはまる症状に○をつけて、いつからか、お書きください。

発熱 _____ 月 _____ 日 _____ 度 _____ 月 _____ 日 _____ 度
_____ 月 _____ 日 _____ 度 _____ 月 _____ 日 _____ 度

咳 _____ 日前～・今日～

耳が痛い _____ 日前～・今日～

ゼーゼー _____ 日前～・今日～

頭が痛い _____ 日前～・今日～

鼻水 _____ 日前～・今日～

のどの痛み _____ 日前～・今日～

体にブツブツ _____ 日前～・今日～

耳の下のはれ _____ 日前～・今日～

腹痛 _____ 日前～・今日～

嘔吐 _____ 日前～・今日～ (1日 _____ 回)

下痢 _____ 日前～・今日～ (1日 _____ 回、色は茶色・黄色・白色)

その他

4. 他の病院にはかかりましたか? (はい・いいえ)

5. 現在、内服中のお薬の名前を教えてください。

6. 身体に合わないお薬はありますか? _____