

問診票

※太枠内を全て記入してください、来院したら受付窓口までご提出下さい

※発疹の出ている方、おたふく、水ぼうそうなどの可能性のある方は受付に申し出て下さい。

フリガナ 氏名	最近の体重が分かれば記入してください kg	性別	男・女
生年月日	平成・昭和	年	月
		日	歳
住所	電話番号:		

今までにかかった病気	麻しん(はしか)、風しん、おたふくかぜ、水ぼうそう、突発性発疹、百日咳、川崎病、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、アレルギー性結膜炎、気管支喘息、腎臓病、心臓病、その他(
今までにひきつけをを起こしたことはありますか	なし ・ あり (熱: + ・ - 、 回) 最終 (年 月)
薬や食物のアレルギーはありますか?	なし ・ あり (原因:)
この1か月以内に海外旅行へ行きましたか	はい ・ いいえ いつ() どこへ()
病院にかかっていますか?	はい ・ いいえ ※病院のお薬を飲んでいる場合は、お薬や説明書等を提出してください。

いちばん気になる症状または心配な症状には「✓」をつけて記載してください。

<input type="checkbox"/> 37.5℃以上の発熱: (月 日、 時頃)	家族に熱の人:(います・いません) 裏面の熱形表にも記載してください。
<input type="checkbox"/> 咳 :(月 日から)	痰がらみ ・ ヒューヒュー ・ コンコン ・ ケンケン ・ 咳のため眠れなかった ・ 咳のため時々目が覚めた
<input type="checkbox"/> 鼻水:(月 日から)	水様・白色・黄色・緑色・鼻閉
<input type="checkbox"/> 下痢:(月 日、朝、昼、夜から) ()回/日、血便:(無 ・ 有)	
<input type="checkbox"/> 嘔吐:(月 日、朝、昼、夜から) 今までに()回	
<input type="checkbox"/> 腹痛:(月 日、朝、昼、夜から)	
<input type="checkbox"/> 痛み:(月 日、朝、昼、夜から) 部位:	
<input type="checkbox"/> 発疹:無・有(月 日から)	赤い ・ 紫 ・ 水ぼう ・ かゆみ
その他	

※ 受診するときは必ず持参してください

体温記録カード

お名前

年齢

歳

男・女

体温	記入例	月日			月日			月日			月日			月日			月日			
	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜			
40℃																				
39℃																				
38℃																				
37℃																				
36℃																				
症状	のどの痛み	⊕ ⊕ ± -	⊕ ⊕ ± -	⊕ ⊕ ± -	⊕ ⊕ ± -	⊕ ⊕ ± -	⊕ ⊕ ± -	⊕ ⊕ ± -	⊕ ⊕ ± -	⊕ ⊕ ± -	⊕ ⊕ ± -	⊕ ⊕ ± -	⊕ ⊕ ± -	⊕ ⊕ ± -	⊕ ⊕ ± -	⊕ ⊕ ± -	⊕ ⊕ ± -	⊕ ⊕ ± -	⊕ ⊕ ± -	
	せき	⊕ ⊕ ± -	⊕ ⊕ ± -	⊕ ⊕ ± -	⊕ ⊕ ± -	⊕ ⊕ ± -	⊕ ⊕ ± -	⊕ ⊕ ± -	⊕ ⊕ ± -	⊕ ⊕ ± -	⊕ ⊕ ± -	⊕ ⊕ ± -	⊕ ⊕ ± -	⊕ ⊕ ± -	⊕ ⊕ ± -	⊕ ⊕ ± -	⊕ ⊕ ± -	⊕ ⊕ ± -	⊕ ⊕ ± -	
	嘔吐	3~4回/日	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	
	下痢	3~4回/日	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回
	鼻汁	⊕ ⊕ ± -	⊕ ⊕ ± -	⊕ ⊕ ± -	⊕ ⊕ ± -	⊕ ⊕ ± -	⊕ ⊕ ± -	⊕ ⊕ ± -	⊕ ⊕ ± -	⊕ ⊕ ± -	⊕ ⊕ ± -	⊕ ⊕ ± -	⊕ ⊕ ± -	⊕ ⊕ ± -	⊕ ⊕ ± -	⊕ ⊕ ± -	⊕ ⊕ ± -	⊕ ⊕ ± -	⊕ ⊕ ± -	⊕ ⊕ ± -

(⊕：非常に強い, +:強い, ±:弱い, -:なし)

■メモ欄 (先生にお伝えしたいこと, お聞きしたいこと等)