

ID

受付 No.

問診票 (初診用)

院長

顧問

〒
住所
電話 1. 携帯 () 2. 自宅 ()

ふりがな

氏名 _____ 生年月日 西暦 _____ 年 月 日 (年齢 才 ヶ月)

男・女 体重 _____ kg 身長 _____ cm

体温 _____ °C (SaO2 _____ %, BP _____ / _____ mmHg, PR _____ /min)

以下、選択項目には丸をして下さい。～日前は数字を記入して下さい。

発熱 あり なし (_____ 日前から) (持続的・断続的)

機嫌 良好 普通 悪い 食欲 あり なし 睡眠 良好 不良

ノド痛 あり なし (_____ 日前から)

咳 あり なし (_____ 日前から) 鼻水 あり なし 濁 (_____ 日前から)

痰 あり なし (_____ 日前から) 喘鳴 あり なし (_____ 日前から)

嘔吐 回数 _____ /日 (_____ 日前から) 腹痛 (_____ 日前から) (時々・持続性)

下痢 回数 _____ /日 (_____ 日前から) (軟便・水様・粘血)

頭痛 (いつから _____ 前から) 頻度 _____ (拍動性・しめつけられる・持続性)

胸痛 (いつから _____ 前から) 頻度 _____ (拍動性・しめつけられる・持続性)

発疹 (_____ 日前から) 湿疹 水疱 アトピー性皮膚炎 蕁麻疹 その他

受診歴 あり なし (_____ 月 日 _____)

渡航歴 あり なし (_____ 月 日 ~ _____ 国 _____)

その他 アレルギー、妊娠、喫煙歴、など

希望する薬の種類 (シロップ・粉・錠剤)