

問診票

西暦／令和 年 月 日受診

診察券 No. :

生年月日：昭／平／令 年 月 日 年齢： 歳 ヶ月 日

フリガナ：

名前： 性別：

住所： 〒

電話番号：

薬物アレルギー：あり／なし 薬品名：

体温：℃ 体重： g ・ kg

38度以上の発熱： あり なし (.....月.....日から)

頭痛： あり なし (.....月.....日から)

咳： 乾いた咳 ゼイゼイ 痰がらみ (.....日前から)

鼻汁： 透明 黄色 緑色 鼻づまり (.....日前から)

嘔吐： あり なし (.....月.....日から 1日 回)

腹痛： あり なし (.....月.....日から)

下痢： あり なし (.....月.....日から 1日 回)

便秘： あり なし (.....月.....日から)

発疹： あり なし (.....月.....日から／部位.....)

水分摂取： できる まずまず できない

尿回数： いつも通り 少ない 出ていない

※新型コロナウイルス感染者との接触の有無 あり なし

現在：に通園、通所、通学、就職中

気になるところ、先生に聞きたいことなどお書きください。

.....
.....
.....
.....

ありがとうございました。