

問診票

不明のところは、空白で結構です

氏名	フリガナ	年 月 日 生	体重
	様 男・女 (歳 カ月)		
兄(人)姉(人)弟(人)妹(人)		TEL ()	
住 所 〒		園・学校名()	

■ あてはまる症状に○又は、記入して下さい。

今回の症状はいつから？

■熱 ()℃

■今回最高の熱 ()℃

■咳・痰

■気持ち悪い 嘔吐 回 最後は？

■のどの痛み・ゼーゼー

■食欲(有・無) 元気(有・無)

■鼻水・鼻づまり

■眼の症状(充血・かゆみ・めやに)

■頭痛・倦怠感・関節痛

■発疹(ぶつぶつ) 水痘にかかった(有・無)

■腹痛 ■下痢 回

■皮膚のかゆみ

■その他の記入事項

■以前にかかったことがあるものに○をつけて下さい。

はしか・風疹・おたふくかぜ・水ぼうそう・溶連菌感染症

ぜんそく・アトピー性皮膚炎・食物アレルギー(食物名)

アレルギー性鼻炎・アレルギー性結膜炎・花粉症・中耳炎・ひきつけ

■以前に入院や長期通院する病気があったか、現在かかっていますか？

ない・ある(病名)

いつ

■以前に薬や注射で、気分不快、発疹やしびれが出たり、薬アレルギーと

言われたことが ない・ある(薬の名前)

■現在飲んでいる薬が ない・ある(薬の名前)

■使ってほしくない薬の剤型があれば、○をつけて下さい。

錠剤・こな薬・シロップ・坐薬

■まわりに同じ症状の方はいますか？

いない いる(誰ですか

■一ヶ月以内に海外に行きましたか？

いつ どこへ

■ペット 有() 無

記入日

問診票

不明のところは、空白で結構です

氏名	フリガナ	年 月 日 生	体重
	様 男・女 (歳 カ月)		
兄(人)姉(人)弟(人)妹(人)		TEL ()	
住 所 〒		園・学校名()	

■ あてはまる症状に○又は、記入して下さい。

今回の症状はいつから？

■熱 ()℃

■今回最高の熱 ()℃

■咳・痰

■気持ち悪い 嘔吐 回 最後は？

■のどの痛み・ゼーゼー

■食欲(有・無) 元気(有・無)

■鼻水・鼻づまり

■眼の症状(充血・かゆみ・めやに)

■頭痛・倦怠感・関節痛

■発疹(ぶつぶつ) 水痘にかかった(有・無)

■腹痛 ■下痢 回

■皮膚のかゆみ

■その他の記入事項

■以前にかかったことがあるものに○をつけて下さい。

はしか・風疹・おたふくかぜ・水ぼうそう・溶連菌感染症

ぜんそく・アトピー性皮膚炎・食物アレルギー(食物名)

アレルギー性鼻炎・アレルギー性結膜炎・花粉症・中耳炎・ひきつけ

■以前に入院や長期通院する病気があったか、現在かかっていますか？

ない・ある(病名)

いつ

■以前に薬や注射で、気分不快、発疹やしびれが出たり、薬アレルギーと

言われたことが ない・ある(薬の名前)

■現在飲んでいる薬が ない・ある(薬の名前)

■使ってほしくない薬の剤型があれば、○をつけて下さい。

錠剤・こな薬・シロップ・坐薬

■まわりに同じ症状の方はいますか？

いない いる(誰ですか

■一ヶ月以内に海外に行きましたか？

いつ どこへ

■ペット 有() 無

記入日