

問 診 票

フリガナ 男 ・ 女	生年月日： S ・ H . .
お名前	年齢 才 月
ご住所 〒 -	お電話 () -

1. 今日はどうされましたか。症状に○をつけてください。

- | | | | |
|---|------|---|--|
| <input type="checkbox"/> 発熱 昨日 °C 今朝 °C
<input type="checkbox"/> <u>咳が出る</u>
<input type="checkbox"/> ゼーゼー
<input type="checkbox"/> のどが痛い
<input type="checkbox"/> くしゃみ
<input type="checkbox"/> 鼻水
<input type="checkbox"/> 鼻づまり
<input type="checkbox"/> 鼻出血
<input type="checkbox"/> 湿疹
<input type="checkbox"/> 目やに
<input type="checkbox"/> 眼充血
<input type="checkbox"/> 頭が痛い | いつから | <input type="checkbox"/> 腹痛
<input type="checkbox"/> 吐き気がある
<input type="checkbox"/> 嘔吐 回数 _____ 回
<input type="checkbox"/> 下痢
<input type="checkbox"/> 食欲低下
<input type="checkbox"/> 【手・足】が痛い
<input type="checkbox"/> しこりができた
<input type="checkbox"/> けいれんを起こした
<input type="checkbox"/> 気管支喘息
<input type="checkbox"/> <u>【アレルギー性鼻炎・花粉症】</u>
<input type="checkbox"/> 予防接種
<input type="checkbox"/> その他に何かありますか？周囲にはやっている病気はありますか？ | この症状が出る前に何か気になる食べ物を食べましたか？

_____ |
|---|------|---|--|

▼ 1. で“咳・アレルギー性鼻炎・花粉症”に○をつけた方

咳に○をつけた方は記入をお願いします。

1日の咳の回数	1～20回	20回以上
---------	-------	-------

 夜は咳で何回起きますか？ _____ 回

アレルギー性鼻炎(花粉症)に○をつけた方は
 1日に出る回数の当てはまるものに○をつけて下さい。

くしゃみ	0回	1～5回	6～10回	11～20回	21回以上
鼻水	0回	1～5回	6～10回	11～20回	21回以上
鼻づまり	なし	口呼吸にならない	時々口呼吸	かなり口呼吸	1日中口呼吸
眼のかゆみ	なし	あり			

2. 現在飲んでいる薬はありますか

【 ある ・ ない 】

薬品名 _____

解熱剤はお持ちですか 【 有 ・ 残りわずか ・ 無 】

★薬の形状はどれがいいですか

○をつけてください

【 粉 ・ シロップ ・ 錠剤 】

3. 身長・体重はどのくらいですか

身長	c m	体重	k g	体温	°C
----	-----	----	-----	----	----

4. 該当するものに○をつけてください。

◇喘息はありますか ない・ある ◇アトピー性皮膚炎はありますか ない・ある

◇食事・薬のアレルギーはありますか ない・ある (食品名・薬品名)

◇食事・睡眠・便秘で困ることはありますか ない・ある

◇いままでかかった病気は何ですか 病名： _____

◇いままでに受けた予防接種を全てチェックしてください

BCG 生ポリオ (1・2) 不活化ポリオ (1・2・3・追加) 麻疹風疹 二種混合

三種混合 (1・2・3・追加) 四種混合 (1・2・3・追加) 日本脳炎 (1・2・追加)

ヒブ (1・2・3・追加) 肺炎球菌 (1・2・3・追加) おたふくかぜ 水ぼうそう