

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)

ID

No.

問診票（再診）

院長

顧問

ふりがな

氏名

男・女

生年月日

西暦

年

月

日

（年齢

才

ヶ月）

体重

kg

身長

cm

体温

°C

（SaO<sub>2</sub>

%

BP

/

mmHg,

PR

/min)

発熱の経過

食欲

あり

なし

睡眠

良い

不良

機嫌

良い

普通

悪い

咳

痰

鼻

嘔吐

下痢

腹痛

頭痛

胸痛

その他（詳しい症状）

希望する薬の種類

シロップ

粉

錠剤