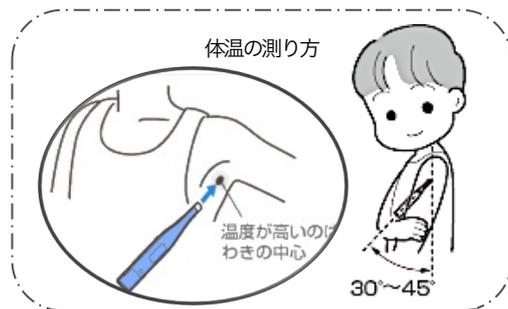


日付 \_\_\_\_\_

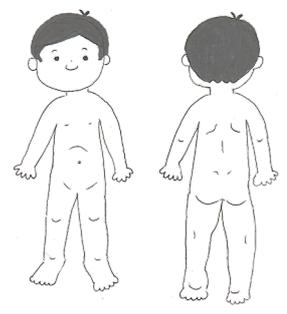
# 問診票

体 重	kg
体 温	℃

ふりがな		男・女
お名前		
年 齢	歳	か月



1. 本日はどのような症状で受診されましたか？  
あてはまるものに✓をしてください。

症 状	いつ頃から	
<input type="checkbox"/> 発熱	月 日頃から	
<input type="checkbox"/> 咳	月 日頃から	<input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> コンコン <input type="checkbox"/> ゴホゴホ <input type="checkbox"/> ゼーゼー <input type="checkbox"/> ケンケン
<input type="checkbox"/> 鼻水	月 日頃から	<input type="checkbox"/> 水鼻 <input type="checkbox"/> 青鼻 <input type="checkbox"/> 鼻づまり
<input type="checkbox"/> 痛み	月 日頃から	<input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> のど <input type="checkbox"/> おなか <input type="checkbox"/> 耳 <input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 吐く	月 日 時頃から	最後に吐いたのは： 月 日 時頃
<input type="checkbox"/> 下痢	月 日 時頃から	性状： <input type="checkbox"/> 水様 <input type="checkbox"/> 泥状 <input type="checkbox"/> 軟便 回数：1日（ ）回程度
<input type="checkbox"/> 発疹	月 日頃から	発疹のあるところを○で囲んでください 
<input type="checkbox"/> その他	月 日頃から	具体的に：

2. まわりで流行っている病気がありますか？

いいえ  はい (病名 \_\_\_\_\_)

3. 水分(お乳)はとれていますか？

はい  いいえ ( \_\_\_\_\_ )

4. 食事(お乳)はとれていますか？

はい  いいえ ( \_\_\_\_\_ )

5. 夜は眠れていますか？

はい  いいえ ( \_\_\_\_\_ )

6. おしっこは出ていますか？

はい  いいえ ( \_\_\_\_\_ )

7. 機嫌はいいですか？

はい  いいえ ( \_\_\_\_\_ )

8. 現在服用されている(使用されている)お薬はありますか？

なし  あり ( \_\_\_\_\_ )



ありがとうございました