

# 問 診 票

受診日

お名前

生年月日 平成 年 月 日

歳 ヶ月 性別 男・女 体重 kg 最近、はかっていない場合は計測をお願いします。

☆本日はどのような症状で受診されましたか？あてはまる項目にチェックをつけてください。

□発熱 月 日から 最高 °C 現在の熱 °C

発熱でぐったりしていますか？ はい いいえ

□咳 月 日から

コンコン ゴホゴホ ゼエゼエ ケンケン

夜は寝られましたか？ はい いいえ

□鼻水 月 日から 水鼻 青鼻 鼻づまり

□痛み 月 日から

頭 のど おなか（最後に排便があった日は 月 日）

耳の中 耳の下 その他（ ）

□吐き気 月 日から

□吐く 月 日 時頃から 回

水分はとれますか？ はい(少量でも可) いいえ

ぐったりしていますか はい いいえ

□下痢 月 日から

泥状 水様 すっぱいにおいがある 白色

□発疹 月 日から

頭・顔 首 胸・おなか 手 背中 おしり 足

水ぼうそうにかかった事がありますか？ はい 歳頃 いいえ

□その他の症状

<下記にもご記入をお願いします。ご記入後は受付までお持ちください。>

☆現在、本日の症状または別の症状で他の医療機関を受診していますか？ はい いいえ

☆現在、薬を飲んでいますか？ はい いいえ

「はい」とお答えの方は、診察室で医師に**お薬手帳**をみせてください。

<住所・電話番号に変更のある方はご記入ください>

住所 〒

電話番号 携帯番号

多摩ガーデンクリニック

# 問 診 票

受診日

お名前

生年月日 平成 年 月 日

歳 ヶ月 性別 男・女 体重 kg 最近、はかっていない場合は計測をお願いします。

☆本日はどのような症状で受診されましたか？あてはまる項目にチェックをつけてください。

□発熱 月 日から 最高 °C 現在の熱 °C

発熱でぐったりしていますか？ はい いいえ

□咳 月 日から

コンコン ゴホゴホ ゼエゼエ ケンケン

夜は寝られましたか？ はい いいえ

□鼻水 月 日から 水鼻 青鼻 鼻づまり

□痛み 月 日から

頭 のど おなか（最後に排便があった日は 月 日）

耳の中 耳の下 その他（ ）

□吐き気 月 日から

□吐く 月 日 時頃から 回

水分はとれますか？ はい(少量でも可) いいえ

ぐったりしていますか はい いいえ

□下痢 月 日から

泥状 水様 すっぱいにおいがある 白色

□発疹 月 日から

頭・顔 首 胸・おなか 手 背中 おしり 足

水ぼうそうにかかった事がありますか？ はい 歳頃 いいえ

□その他の症状

<下記にもご記入をお願いします。ご記入後は受付までお持ちください。>

☆現在、本日の症状または別の症状で他の医療機関を受診していますか？ はい いいえ

☆現在、薬を飲んでいますか？ はい いいえ

「はい」とお答えの方は、診察室で医師に**お薬手帳**をみせてください。

<住所・電話番号に変更のある方はご記入ください>

住所 〒

電話番号 携帯番号

多摩ガーデンクリニック