

診察用問診票

受診日 月 日

患者番号		予約番号	
ふりがな		男	
氏名		女	
S・H・R 年 月 日生(才 カ月)			
体重	kg	今の体温	℃
※ 体重は正しく記入ください。薬の量決定に必要です。			

園学校名

年 組

周囲の病気

家族の病気

下記の症状で★印はすべてご記入ください。他はある場合にご記入ください。赤字をお願いします。

全身の状態

★発熱 月 日
最高 _____℃
★全身状態 良好・悪い
★顔色 良好・悪い
★機嫌 良好・悪い
★意識 清明・低下

けいれん 月 日
時 分 分間

発疹 あり
頭痛 あり
筋肉痛 あり
関節痛 あり

首から上の症状

めやに あり
目のかゆみ あり
鼻水 あり
色 (黄 ・ 白)
くしゃみ あり
鼻づまり あり
鼻かゆい あり
哺乳困難 あり
耳の痛み あり
耳のかゆみ あり
耳下腫れ あり
耳下痛み あり
咽頭痛 あり
口内炎 あり

胸の症状

咳 あり
ひどい時間帯 (朝・昼・夜・夜中)
変な咳 ゼロゼロ苦しそう
犬が吠えるような
キョンキョン
呼吸困難 あり
胸痛 あり

お腹の症状

下痢
・臭い (すっぱい・生臭い・腐敗臭)
・性状 (水様性・泥状便・粘液便)
・色 (こげ茶・白色・黄土色
薄茶色・黒色・血性)

嘔吐 あり
吐き気 あり
腹痛 あり
食欲低下 あり
便秘 あり
便秘下痢交互 あり

その他の症状・今までの経過

その他困った事・相談したい事

吸入最後: AM・PM 時頃