

問 診 票

残

| | | | | | |
|-----------------------|-----------------|---------|---------------------|----------|----|
| フリガナ | 名前 _____ | 様 (男・女) | 年齢 _____ 歳 _____ ヵ月 | 体重 _____ | kg |
| 本日の体温 _____ °C | | | | | |

看護師記入欄
 妊娠 +、- / 授乳 +、-
 周囲流行 一、+()
 予注 未、 回済
 SpO2 %、 HR 回/分

下記のあてはまる項目に記入してください

| 今回の症状で初めて受診の方 | 前回受診時と比べて (再診の方) |
|--|---------------------------------------|
| 発熱 _____ 月 _____ 日～ _____ 日まで | 発熱 あり・なし |
| 自宅に解熱剤(熱冷まし)はありますか (持ってる・持ってない) | 自宅に解熱剤(熱冷まし)はありますか (持ってる・持ってない) |
| *発熱がある方は、別紙体温表にもご記入下さい | *発熱がある方は、別紙体温表にもご記入下さい |
| 咳 _____ 月 _____ 日～ (乾いている・湿っている) | 咳 増加・減少・なし |
| 鼻水 _____ 月 _____ 日～ (色つき・透明) | 鼻水 増加・減少・なし |
| 喉の痛み _____ 月 _____ 日～ | 喉の痛み 悪化・改善・なし |
| 腹痛 _____ 月 _____ 日～ (最終排便 _____ 月 _____ 日) | 腹痛 あり・なし |
| 下痢 _____ 月 _____ 日～ (便の性状: 水様、泥状、軟便) (1日 _____ 回) | 下痢 悪化・改善・なし |
| 嘔吐 _____ 月 _____ 日～ (1日 _____ 回) | 嘔吐 あり (1日 _____ 回)・なし |
| 最終嘔吐→ _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 | 最終嘔吐→ _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 |
| 発疹 あり (_____ 月 _____ 日～部位 _____)・なし | 発疹 増加・変わりなし・改善・なし |
| 頭痛 _____ 月 _____ 日～ | 頭痛 あり・なし |
| 食欲 なし・少ない・ふつう | 食欲 なし・少ない・あり |
| 水分 飲めない・少ない・飲める | 水分 飲めない・少ない・飲める |
| 尿量 少ない・ふつう | 尿量 少ない・ふつう |
| 元気 なし・あり | 元気 なし・あり |
| 機嫌 悪い・ますます・よい | 機嫌 悪化・よくなった |

<その他、気になること>

- ※検査・お薬の処方・書類の作成をご希望の方は当てはまるものに○をおつけください**
- () 検査結果 (尿・アレルギー・血液型・抗体・その他: _____)
 - () 検査希望 (血液型・アレルギー・その他: _____)
 - () 希望処方薬 (喘息の定期処方薬 ・ その他: _____)
 - () 書類の記入希望
(学校生活管理指導表・登園許可書・治癒証明書・健康診断書・その他: _____)