

受付 番号	
----------	--

問 診 票

受診日 _____

お名前 _____

生年月日 平成・令和 年 月 日

_____ 歳 _____ 月 性別 男・女 体重 _____ kg

★最近体重を測っていない場合は、
院内の体重計で計測して下さい。**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 耳の中 耳の下 その他 [_____] 腹痛 最後に排便があった日は _____ 月 _____ 日 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 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 [_____]**2. 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**3. 現在、薬を飲んでいますか** 「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。 はい いいえ**4. ここ数週間で本人の周囲で流行している病気はありますか？** はい いいえ

※『はい』とお答えの方、流行している病名をご記入下さい [_____]

5. 最近、海外へは行きましたか？ はい [渡航先 _____] いいえ

※住所・電話番号に変更のある方はご記入下さい。

住所 〒 _____

電話番号 _____ 携帯番号 _____

<ご記入後は受付までお持ち下さい。>

田村クリニック 2