

問診票

◎下記の黒字部分について、記入もしくは○で囲んで下さい

※受付時間: (:) ※診察月日 . . 口処方なし 口再診 / ()

※患者ID	フリガナ	性別	現在の体温
	氏名	男・女	℃
生年月日	年 月 日生(才 ヶ月)	※体重 Kg	※身長 cm
自宅の住所	電話番号 (自宅/携帯)		
滞在先の住所 ※帰省などの場合ご記入	電話番号 (滞在先)		

1. 今日はどのような症状でおいでになりましたか。

発熱(℃位) のどが痛い 頭痛 咳が出る 痰からむ 喘鳴 鼻水 鼻づまり
嘔吐 吐き気 食欲不振 下痢・軟便 腹痛 便秘 耳痛い 目脂・充血・かゆみ
じんま疹 発疹 湿疹 皮膚疾患 味覚・嗅覚障害 その他(

2. それは、いつ頃からですか。 3. 服用なさっているお薬がありますか。 5. 感染症などの方はいますか？

服用: あり・なし	薬手帳: あり・なし	家族 (いる・いない) (インフル・コロナ・アデノ・溶連菌・)
-----------	------------	------------------------------------

4. その他、ご質問・ご希望がございましたらお書き下さい。

保育園・学校 他 (いる・いない) (インフル・コロナ・アデノ・溶連菌・)
--

6. 生まれてから今までに大きな病気にかかったことがある方はお書きください。

--

※以下医院使用欄 ◎便 (あり・なし)

【処置】

発熱加算 可・否	診察あり・報告・会計
-------------	------------

○ネブ1	・ネブ2	・ネブ3	・ネブ4	・ネブ5		
○モニター(報告)	(1回目 %・P	2回目	%・P)		
○鼻吸引	○鼻水状態(報告)					
○貸し出し	・ネブライザー()	・吸引器	・エアロチャンパー	・返却のみOK	・1W後再診	・延長
○アンヒバ50	・アンヒバ100	・アンヒバ200				
○ナウゼリン10	・ナウゼリン30	○体重増減チェック	kg			
○グリ澆30	・グリ澆60	(増 g・減 g・変化なし)				

【検査】

OR S (+ ・ -)	○呼気ガス分析
○咽頭アデノ (+ ・ -)	
○溶連菌 (+ ・ -)	○水イボ (個)(テープ 枚)
○便中ロタ (+ ・ -)	
○便中アデノ (+ ・ -)	○その他
○便中ノロ (+ ・ -)	
○ヒトメタニューモ (+ ・ -)	
○インフルエンザ (A+ ・ B+ ・ -)	
○マイコプラズマ (+ ・ -)	
○便ヘモ (+ ・ -)	○コロナ (+ ・ -)