



しつもん用紙

診・保・マ・受・母

ふりがな	性別	生年月日	年齢	体重	体温
氏名	男・女	西暦	歳	kg	℃
住所 (〒 -)			携帯		

●本日はどうされましたか？ (○をつけてください 一番気になる部分は◎をつけてください)

発熱 (いつから / ~)

咳 (いつから / ~) (痰からみ から咳 ゼーゼー その他:)

鼻水 (いつから / ~) (透明 白 黄色) (さらさら ねばねば)

痛み (頭 喉 耳 お腹 関節 その他:)

嘔吐 (いつから / ~) 回数 1日 回くらい 最終嘔吐 AM・PM 時

下痢 (いつから / ~) 回数 1日 回くらい

便秘 (最終排便日 /)

食事 (いつも通り 少ない 食べれない) 睡眠 (いつも通り 浅い 眠れない)

肌 (いつから / ~) 発疹 赤み 乾燥 痒み 部位: _____

定期受診 喘息 アレルギー 花粉症・舌下療法 高血圧 コレステロール 糖尿病

(その他:)

●その他、気になる症状等・ご希望等、他院受診し処方がありましたらご記入ください

●現在治療中の病気

●周囲で流行している感染症

既往歴 手術歴:

----- スタッフ記入 -----

前回と同じ薬 ・錠剤 ・粉 ・点眼 (コンタクト: あり / なし) 点鼻

生活管理指導表 () 結果・内・外・鼻・血型

紹介状 ()