



ふりがな ()

氏名 _____ 男・女 生年月日 昭・平・令 年 月 日

住所 〒 _____ 都・県 _____ 区・市 _____

電話番号 自宅 (_____) - _____ 携帯 _____ - _____

(日中ご連絡のつく電話番号を必ずお書きください)

1. 本日の症状・相談内容 体温 _____℃ 最近の体重 _____kg

*どうなさいましたか? (発熱の方は、体温記録の用紙に別途ご記入いただきます)

- 発熱(_____ 日前から) 鼻汁(_____ 日前から) せき(_____ 日前から) 喘鳴(ゼーゼー)(_____ 日前から)
- たん(_____ 日前から) のどの痛み(_____ 日前から) 耳の痛み(_____ 日前から)
- 腹痛(_____ 日前から) 嘔吐(_____ 日前から _____ 回) 下痢(_____ 日前から _____ 回) 便秘(_____ 日前から)
- 頭痛(_____ 日前から) 発疹(ブツブツ)(_____ 日前から どこに? _____) 予防接種・健診
- その他(_____)

*水分摂取について 良好(いつもどおり) 少なめ ほとんど摂取できてない

*排尿について あり(いつもどおり) 少なめ ほとんど出ていない

*睡眠について 良好(いつもどおり) あまり眠れない ほとんど眠れない

2. 現在、他通院中の病気、服用中の薬はありますか?

なし あり(病名: _____ 病院名: _____)
(薬名: _____)

3. 今まで入院したり、大きな病気にかかったことはありますか?

なし あり(いつ: _____ 頃 病院名: _____)
(どんな: _____)

4. ☆重要☆ アレルギーについて(食品、内服薬、注射、予防接種など)

なし あり(具体的に: _____)

5. 副作用の出たことのある薬があればご記入ください。(_____)

6. 患者様のご家族の病気について(大きな病気、慢性疾患、アレルギー疾患など)

なし あり(具体的に: _____)

7. 出生時の状況について (患者様がお子様の場合ご記入ください)

・出生時の異常はありましたか?

いいえ はい(具体的に: _____)

・出生時 体重 _____g 週数 _____週 _____日 (予定通りなら 40 週 0 日)

8. 当院をお知りになったきっかけを教えてください。

ローズこどもクリニックから利用 HP 兄弟・知人 通りがかり ご自宅に投函されたチラシ
 郵便局のポスター・チラシ facebook 医療機関からの紹介 その他(_____)

9. おとなりのオレンジ薬局に処方ご希望ですか? (この問診票をオレンジ薬局にも提供します)

はい いいえ

ジェネリック医薬品を希望しますか? はい いいえ

以上です。お手数ですが、受付にお戻しください。