



問診票（再診・診察券のある方用）

記入日

年 月 日

診察券番号

ふりがな

お名前

(男・女)

生年月日 年 月 日 (歳 か月)

体温 °C 体重 kg

メプチル ボスミン 鼻吸引
胸部 X-p Waters浣腸()ml
咽頭アデノ 溶連菌 RS hMPV
Flu 口タ・アデノ ノロ 便培養
一般尿 カテ尿 パック尿 尿培養
点滴 血算 CRP 血糖 アレルギー
エコー：腹部 頸部 心臓 その他

1. 主にどのような症状（あるいは目的）で来院されましたか？

症状に○をつけて、いつから始まったかお書き下さい

- ・定期受診
 - ・数日前受診の後の再診（前回の受診日： 月 日）
 - ・検査の結果を聞きに来た（アレルギー検査・その他）
 - ・発熱（月 日から）、最高（）℃
 - ・嘔吐（月 日から）、（）回／日
 - ・下痢（月 日から）、（）回／日
 - ・血便（月 日から）、便の（一部・全体）
 - ・腹痛（月 日から）
 - ・水分とれない（月 日から）
 - ・その他
- 以下の記載は不要です
必要があれば以下も記載下さい

以前と同様の内容であれば記載は不要です、心配な方は記載下さい

2. 家族・園・学校に具合の悪い方や流行している疾患はありますか（はい・いいえ）？

〔具体的に：〕

▶3. 既往歴（生まれつきの病気、通院中の病気、入院・手術など）はありますか（はい・いいえ）？

〔
気管支喘息、アトピー性皮膚炎、熱性けいれん、てんかん、早産児・低出生体重児
その他：〕

4. 現在使用している薬はありますか（はい・いいえ）？（お薬手帳の提示でも構いません）

〔薬名：〕

▶5. 薬や食べ物のアレルギーはありますか（はい・いいえ）？

〔薬名・食品名：〕

6. 主成分が同じで価格の安いジェネリック医薬品を希望しますか？（①か②を選んで下さい）

①ジェネリック（後発）医薬品を希望 ②先発医薬品を希望（調剤薬局で特別料金がかかります）

7. お薬の希望を教えて下さい 内服薬： 粉薬・シロップ・錠剤

解熱・鎮痛剤： 粉薬・シロップ・錠剤・坐薬

8. 最後に伝えておきたいことがあれば、お書き下さい

〔〕