

# 問 診 票

残

|                |                         |          |             |
|----------------|-------------------------|----------|-------------|
| フリガナ<br>名前     | _____様 (男・女) 年齢 _____ 歳 | _____ カ月 | 体重 _____ kg |
| 本日の体温 _____ °C |                         |          |             |

**看護師記入欄**

妊娠 +、- / 授乳 +、-  
 周囲流行 -、+( )  
 予注 未、回済  
 SpO2 %、HR 回/分

下記のあてはまる項目に記入してください

| 今回の症状で初めて受診の方  | 前回受診時と比べて (再診の方)                                     |
|--|--|
| 発熱 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 日まで                       | 発熱 あり・なし   |
| 自宅に解熱剤(熱冷まし・カロナールなど)はありますか<br>(持ってる・持っていない)          | 自宅に解熱剤(熱冷まし・カロナールなど)はありますか<br>(持ってる・持っていない)          |
| *発熱がある方は、 <b>体温表</b> にもご記入ください                       |  |
| 咳 _____ 月 _____ 日 ~ (乾いている・湿っている)                    | 咳 増加・変わりなし・減少・なし                                     |
| 鼻水 _____ 月 _____ 日 ~ (透明・白色・黄色・緑色)                   | 鼻水 増加・変わりなし・減少・なし                                    |
| 喉の痛み _____ 月 _____ 日 ~                               | 喉の痛み 悪化・変わりなし・改善・なし                                  |
| 腹痛 _____ 月 _____ 日 ~ (最終排便 _____ 月 _____ 日)          | 腹痛 あり・変わりなし・なし                                       |
| 下痢 _____ 月 _____ 日 ~ (便の性状：水様、泥状、軟便)<br>(1日 _____ 回) | 下痢 悪化・変わりなし・改善・なし<br>(便の性状：水様、泥状、軟便)<br>(1日 _____ 回) |
| 嘔吐 _____ 月 _____ 日 ~ (1日 _____ 回)                    | 嘔吐 あり(1日 _____ 回)・なし                                 |
| 最終嘔吐 → _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分               | 最終嘔吐 → _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分               |
| 発疹 あり( _____ 月 _____ 日 ~ 部位 _____ )・なし               | 発疹 増加・変わりなし・改善・なし                                    |
| 頭痛 _____ 月 _____ 日 ~                                 | 頭痛 あり・変わりなし・なし                                       |
| 食欲 なし・少ない・ふつう  | 食欲 なし・少ない・あり   |
| 水分 飲めない・少ない・飲める                                      | 水分 飲めない・少ない・飲める                                      |
| 尿量 少ない・まずまず・ふつう                                      | 尿量 少ない・まずまず・ふつう                                      |
| 元気 なし・まずまず・あり  | 元気 なし・まずまず・あり  |
| 機嫌 悪い・まずまず・よい  | 機嫌 悪化・まずまず・よくなった                                     |

<その他、気になること>

**※検査・お薬の処方・書類の作成をご希望の方は当てはまるものに○をおつけください**

- ( ) 検査結果 (尿・アレルギー・血液型・抗体・その他： \_\_\_\_\_ )
- ( ) 検査希望 (血液型・アレルギー・その他： \_\_\_\_\_ )
- ( ) 希望処方薬 (喘息の定期処方薬 ・ その他： \_\_\_\_\_ )
- ( ) 書類の記入希望  
(学校生活管理指導表・登園許可書・治癒証明書・健康診断書・その他： \_\_\_\_\_ )