

問診票

平成 年 月 日

ふりがな

お名前 _____

生年月日 昭・平 年 月 日 性別(男・女)

★保険証の変更はありますか？ (いいえ・はい)

★一週間以内に当院にて予防接種の予定がありますか？ (いいえ・はい: 月 日)

今回はどのような理由で来院されましたか？

受診した主な理由に☑をお願いいたします。

前回の続き (症状が残っている場合は下にも☑をお願いいたします。)

熱 (月 日から、 °C) 今は °C

咳 (月 日から)

鼻水 (月 日から)

痛み (月 日から)

(頭・のど・おなか・耳・その他)

おう吐 (月 日から)

下痢 (月 日から)

発疹 (場所)

その他の症状 _____

● 現在、他の医療機関を受診していますか？ (いいえ・はい)

● 現在、他院で薬を処方されていますか？ (いいえ・はい)

谷口小児科医院

以下は記載不要です。

~~~~~

迅速検査( インフルエンザ・溶連菌・アデノウイルス・マイコプラズマ )

血液検査( 血算のみ、血算+CRP、血算+CRP(耳) ) その他の血液検査

検尿( 定性+沈渣、定性のみ、その他 ) 超音波( 心臓・腹部 ) X線写真( 胸部・腹部・他 )

吸入( ベネリン ml) 浣腸( ml) 他