

# 問診票

◎下記の黒字部分について、記入もしくは○で囲んで下さい。

※受付時間: ( ) ※診察月日 . . ※保険・頭書・他

※患者ID	フリガナ		現在の体温
	氏名	さま	°C
生年月日	S・H	年 月 日生(才ヶ月)	性別
			男・女
自宅の住所		電話番号 (自宅) (携帯)	
滞在先の住所 ※帰省などの場合ご記入		電話番号 (滞在先)	

## 1. 今日はどのような症状でおいでになりましたか。

発熱(°C位) のどが痛い 頭痛 咳が出る 痰からむ 喘鳴 鼻水 鼻づまり  
嘔吐 吐き気 食欲不振 下痢・軟便 腹痛 便秘 耳痛い 目やに・充血・かゆみ  
じんま疹 発疹 湿疹 皮膚疾患 その他( )

## 2. それは、いつ頃からですか。

## 3. 服用や塗布なさっているお薬がありますか。

	服用: あり・なし	お薬手帳: あり・なし
--	-----------	-------------

## 4. その他、ご質問・ご希望がございましたらお書き下さい。

--

### ※以下医院使用欄

◎体重 kg ◎便 (あり・なし)

#### 【処置】

◎身長 cm 診察あり 会計

○ネブ1 ・ネブ2 ・ネブ3 ・ネブ4 ・ネブ5

○モニター (1回目 2回目 )

○鼻吸引 ○鼻水状態 ○鼻止血(ボスミン綿球)

○貸し出し ・ネブライザー( ) ・吸引器 ・エアロチャンバー ・返却のみOK ・1W後再診 ・延長

○アンヒバ50 ・アンヒバ100 ・アンヒバ200

○ナウゼリン10 ・ナウゼリン30 ○体重増減チェック kg

○グリ澗( ) (増 g ・ 減 g ・ 変化なし )

#### 【検査】

○RS ( + ・ - )

○呼吸機能検査

○咽頭アデノ ( + ・ - )

○溶連菌 ( + ・ - )

○水イボ ( 個)(テープ 枚)

○便中ロタ ( + ・ - )

・イソジン消毒( あり ・ なし ) ④4歳以上算定

○便中アデノ ( + ・ - )

○便中ノロ ( + ・ - )

○臍ヘルニア指導料 ・ 材料 ( )回分

○ヒトメタニューモ ( + ・ - )

○インフルエンザ ( A+ ・ B+ ・ - )

○その他

○マイコプラズマ ( + ・ - )