

初診問診票

年 月 日

住所 〒 (—)	
遠方にお住まいの方はご実家の住所・電話番号をご記入下さい 〒 (—)	
TEL	
携帯TEL	自宅TEL
フリガナ	昭和・平成・令和 年 月 日
氏名	(歳 カ月) 男 ・ 女

※2か月以内に小川町の中村産婦人科に受診したことがありますか？ ある ・ ない

待機場所 院内・車・自宅・外出から _____ 分前に電話☎

来院時体温 _____ °C 体重 _____ kg □

●今飲んでる薬はありますか？ なし・ある

↳効いている・効いていない

□発熱 (いつから _____)

解熱剤希望：あり (粉・シロップ・坐薬・粒) なし

熱性けいれんの既往：あり ・ なし

□咳 多い時間帯：ねる前・ねている時・起床時・1日中

咳は長引きやすいですか？ はい・いいえ

□鼻水 (色：透明 ・ 黄色 ・ 黄緑色)

□頭痛 (いつから _____)

□のどの痛み

□嘔吐 (いつから _____ 本日は？：あり・なし)

□腹痛 (いつから _____)

□下痢 (いつから _____ 泥状・水様便)

□発疹 (部位：頭・体・手足・顔・その他 _____)

●周りで流行っている病気はありますか？ □
なし・ある→ (_____)

●飲めない薬やアレルギーはありますか？ □
なし・ある→ (_____)

●希望の薬のタイプ：粉・シロップ・粒・溶ける粒