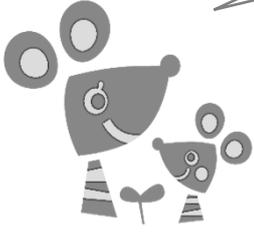


問 診 票

お名前 _____ 年齢 _____ 歳 体重 _____ kg

本日お困りの症状は何ですか？



発熱, せき, 鼻水, のど痛み, 口の痛み, 頭痛, 嘔吐, 下痢, 腹痛, 便秘,
皮膚トラブル, 尿の異常, 喘息, その他 (_____)

• 前回の続き (症状の変化があればご記入ください)

• 症状の詳細を教えてください

<input type="checkbox"/> 発熱	現在 _____ °C
	いつから? (_____ 月 _____ 日 _____ 時頃~, _____ °C) 最高: (_____ 月 _____ 日 _____ 時頃, _____ °C)
<input type="checkbox"/> せき	いつから? (_____ 月 _____ 日)
	どんなせき? (こんこん, ゴホゴホ, ゼーゼー, ケンケン, ヒューヒュー, 咳込んで吐く)
<input type="checkbox"/> 鼻	いつから? (_____ 月 _____ 日)
	どんな鼻水? (水鼻, 黄色, 青鼻, 鼻づまり, くしゃみ)
<input type="checkbox"/> 痛み	いつから? (_____ 月 _____ 日 _____ 時頃~)
	どこ? (頭, のど, 口の中, おなか, 耳(左・右), 眼, その他(_____))
<input type="checkbox"/> 嘔吐	いつから? (_____ 月 _____ 日 _____ 時頃~, 1日 _____ 回), 最後に吐いたのは (_____ 月 _____ 日 _____ 時頃)
	水分は? (飲めない, 飲める, 飲んでも吐く)
<input type="checkbox"/> 下痢	いつから? (_____ 月 _____ 日 _____ 時頃~, 1日 _____ 回)
	どんな便? (やわらかい, ドロドロ, 水っぽい)
	色は? (黄色, みどり, 黄白色, 血が混じる)
<input type="checkbox"/> 皮膚症状	いつから? (_____ 月 _____ 日 _____ 時頃~)
	どんな? (かさかさ, かゆい, 赤いポツポツ, 膿んで痛い, 腫れている, しこり)
	どこに? (頭, 顔, 首, 胸, 腹, 背中, おしり, うで, 手, 足, その他(_____))
<input type="checkbox"/> 便秘	最後に便がでたのは? (_____ 月 _____ 日)
	たまに出る便は? (硬い, やわらかい)
<input type="checkbox"/> その他	_____

• 食欲は? (ある, 普通, ない)

• 機嫌は? (良い, 普通, 悪い)

• 現在ほかの医療機関で処方されている薬はありますか? (いいえ, はい → _____)

• 周囲にうつる病気の人はいましたか? (いいえ, はい → だれが? _____ 病気: _____)

• ご希望される薬の形状 (シロップ, 粉薬, 錠剤)

• そのほか、ご質問やご要望などあればお気軽にご記入ください