**問　診　票（休日当番医用）**

記入日：　　　　　年　　　　月　　　　日

枠内をご記入頂き、（当院の診察券をお持ちの方は、名前と生年月日のみの記入で結構です）**保険証、**

**こども医療費助成受給者証**は**受付**へご提出ください。**母子手帳、お薬手帳**は**診察時**にご提示ください

フリガナ

お名前 　　　　　　　　　　　　　（男・女）

生年月日　　　　　年　　　　 月　　 　日（　　 歳　　　ヶ月）

住所（マンション名もお願いします） (〒 - )

連絡先　　　　 - 　 -

　　　　　　　　　　　　　　　　 　 ( 保育園 ・ 幼稚園 ・ 小学校 ・ 中学校 )

**来院時の体温　　　　℃　　　身長　　　cm　　体重　　　kg**

**付き添いの方 　続柄：　　 　　　体温：　　　　　℃**

1. **本日の症状に〇をつけてください**

・発熱　・鼻水（透明・緑っぽい） ・鼻詰まり　・咳（乾性・湿性）　・喘鳴　・頭痛 ・咽頭痛

・だるさ　・嘔吐（　　回）　・下痢（　　回）　・腹痛　・皮膚トラブル（部位：　　　　症状：　　　 　　）

 ・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）

 症状が始まった時期：（ 　　月 　　日　 朝・昼・夕 ）頃から

1. **いまの状態はどうですか？**

・機嫌（ふつう・悪い・ぐったり）　　　　　・食事/水分摂取（いつも通り・やや少ない・少ない）

・睡眠（ふつう・途中で起きる・眠れず）　　・尿の回数や量　（いつも通り・やや少ない・少ない）

1. **いままでにかかったことのある病気がありましたら、〇をつけてください。**

　水ぼうそう・おたふく・突発性発疹症・気管支喘息・中耳炎・アレルギー性鼻炎・アトピー性皮膚炎

熱性けいれん・てんかん・川崎病・心臓病・腎臓病・その他（　 　　　　　　　　　　　　　　　）

1. **通院中や治療中の病気はありますか？** ( なし・あり　→病名　　　　　　　　　 　　)
2. **使用中のお薬はありますか？** ( なし・あり　→薬品名：　　　　　　　　　　 　 　)
3. **薬や食べ物でアレルギー症状がでたことはありますか？**(なし・あり：　　　　　　　　 )
4. **希望するお薬の形を１つ選択してください**　→　（ シロップ ・ 粉 ・ 錠剤 ）

解熱剤の処方希望（ なし・あり ） → （ 座薬 ・ シロップ ・ 粉 ・ 錠剤 ）

1. **当院をどこで知りましたか？**（市政だより・病院検索サイト・看板・知人からの紹介・その他）

ご記入ありがとうございました。診察まで少々お待ち下さい。

また、重症度に応じて順番が前後することがあります。予めご了承下さい。

****