



長谷川医院 問診表

お子様

【 おわかりになる範囲で結構ですので、以下の記載をお願い致します 】

ふりがな お名前	( 男 ・ 女 )	年齢	歳	ヶ月												
生年月日	平成	年	月	日												
※初診時のみ記載		体重	kg													
住所	〒															
電話番号	携帯															
<p>・これまでに薬や食べ物のアレルギーはありますか？  <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ( )</p>																
<p>・これまでに入院するような病気・大きな病気は？  <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ( )</p>																
<p>&lt; 現在の状態と症状 &gt; ◎ 今の熱 _____ ℃</p> <p>・食欲は？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> あまりない <input type="checkbox"/> ない</p> <p>・水分は？ <input type="checkbox"/> 飲める <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 飲めない</p> <p>・睡眠は？ <input type="checkbox"/> よく眠れている <input type="checkbox"/> あまり眠れていない</p> <p>・きげんは？ <input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> わるい</p>																
<p>・次の症状で当てはまるものがあれば、チェックしてください。</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 発熱</td> <td><input type="checkbox"/> 鼻汁 ( 透明・黄色・緑色 )</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 鼻づまり</td> <td><input type="checkbox"/> 喉の痛み</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 咳 ( 痰がらみ・乾いた咳 )</td> <td><input type="checkbox"/> 喘鳴 ( ヒューヒュー・ゼーゼー )</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> おう吐</td> <td><input type="checkbox"/> 下痢 ( 軟便・水様便・血便 )</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 腹痛</td> <td><input type="checkbox"/> 頭痛</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ほっしん、湿疹 ( ぶつぶつ )</td> <td><input type="checkbox"/> その他 ( )</td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 鼻汁 ( 透明・黄色・緑色 )	<input type="checkbox"/> 鼻づまり	<input type="checkbox"/> 喉の痛み	<input type="checkbox"/> 咳 ( 痰がらみ・乾いた咳 )	<input type="checkbox"/> 喘鳴 ( ヒューヒュー・ゼーゼー )	<input type="checkbox"/> おう吐	<input type="checkbox"/> 下痢 ( 軟便・水様便・血便 )	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> ほっしん、湿疹 ( ぶつぶつ )	<input type="checkbox"/> その他 ( )
<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 鼻汁 ( 透明・黄色・緑色 )															
<input type="checkbox"/> 鼻づまり	<input type="checkbox"/> 喉の痛み															
<input type="checkbox"/> 咳 ( 痰がらみ・乾いた咳 )	<input type="checkbox"/> 喘鳴 ( ヒューヒュー・ゼーゼー )															
<input type="checkbox"/> おう吐	<input type="checkbox"/> 下痢 ( 軟便・水様便・血便 )															
<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 頭痛															
<input type="checkbox"/> ほっしん、湿疹 ( ぶつぶつ )	<input type="checkbox"/> その他 ( )															
<p>今回の症状の経過 ( いつからどのような症状があるか ) や相談内容をお書きください。</p>																
<p>・他院で処方されている薬や、服用中の薬があればお書きください。          ( )</p>																
<p>・希望するお薬の形はありますか？  <input type="checkbox"/> シロップ <input type="checkbox"/> 粉薬 <input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> どれでもよい</p>																