

問診票 (初診用)

診察日	令和 年 月 日	住所	〒 -
ふりがな			
名前		男女	
生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日 (歳)	TEL	- -
		携帯	- -
体温	℃	体重	kg
		学校名 ()	保 幼 小 中

- 受診につきそっている方の氏名・続柄を記入してください。
 氏名 [] 続柄 []
- 今日はどうされましたか？
 診察 健診 検査希望 [アレルギー 血液 尿 便] 予防接種 その他 []
- 診察の方は、いつからどういう症状がありますか？
 発熱 → [今日から 昨日から () 日前から]
 咳 ゼーゼー 鼻水 鼻づまり 下痢 嘔吐 頭痛 腹痛 のどの痛み 耳の痛み
 発疹 [部位:] その他 []
 → [今日から 昨日から () 日前から () 週前から () ヶ月前から]
- 14日以内に、県外者との接触がありますか？ または、県外へ行きましたか？
 いいえ はい → いつ [] どこ []
- 14日以内に、周囲や家族で以下の症状を有する人はいますか？
 いいえ はい → いつ [] だれ []
 発熱 倦怠感 のどの痛み 咳 嗅覚味覚異常 その他 []
- 希望のくすりがあればお書きください
 薬の形態 [粉薬 錠剤 シロップ 坐薬] 1日2回処方希望
 熱冷ましの坐薬 熱冷ましの飲み薬 塗り薬 []
 その他 []

- 当クリニックを受診されたきっかけはなんですか？
 近いから 知人に聞いて 看板 [北島 川内 藍住] 兄弟のかかりつけ 広報誌
 インターネット [ホームページ アイチケット] その他 []
- 徳島健康生活協同組合にご本人様が入会されていますか？ はい いいえ (とくしま生協とは別組織です)
- 院外処方箋のFAXを希望されますか？ はい いいえ
 希望薬局: 薬局 FAX: - - よつば薬局

医 師 記 入 欄		
血算CRP	溶連菌 ()	BML
血糖(DX) ()	アデノ ()	血算(像) 生化
尿 潜血 ()	フル ()	凝固 薬剤
WBC ()	RS ()	尿一般・沈渣 尿浸透圧
蛋白 ()	ヒトメタ ()	鼻汁好酸球
糖 ()	マイコプラズマ ()	マイコプラズマLAMP
pH ()	ロタ ()	百日咳LAMP
ケトン ()	ノロ ()	細菌培養 便 尿 皮膚 ()
五苓散注腸 1.0 2.0	グ澗 mL	X-p 四切 大角
吸入器貸出		
ソルデム1(200) ソルデム3A(200) YDソリタT1(500) YDソリタT3G(500)		次回受診 /
生食(100) セフトリアキソン g ソルコーテフ mg オルガドロン A		
プリンペラン A 20%ブドウ糖20mL 50%ブドウ糖20mL		点滴終了後 ロック 抜針