

初診の方

1 発熱

- ① あり なし
- ② いつからですか () 今日 () 時頃
 () 昨日
 () 一昨日
 () それ以前 () 日前
- ③ その時は何度でしたか () 度
- ④ その後の経過 月 日 () 度
 月 日 () 度
 月 日 () 度
 月 日 () 度
 月 日 () 度

2 せき

- ① あり なし
- ② いつからですか () 今日
 () 昨日
 () 一昨日
 () それ以前 () 日前
- ③ どんなせきですか () ゴホゴホ () コンコン
 () ケンケン () その他
- ④ いつが多いですか () 一日中 () 日中
 () 朝 () 朝と夜
 () 夜 () 横になったとき
- ⑤ 当てははまることが () せきで寝にくかった
 ありますか () 咳き込んできそうになる
 () 咳き込んでいた
 () ゼイゼイがある

3 はなみず

- ① あり なし
- ② いつからですか () 今日
 () 昨日
 () 一昨日
 () それ以前 () 日前
- ③ どんな色ですか () 透明 () 白
 () 青、緑 () その他

4 痛み

- ① あり なし
- ② 痛いところはどこですか
- () 頭 () おなか () のど
- () 胸 () 口の中 () 耳
- () 首 () 目 () 手
- () 足 () その他
- ③ いつからですか () 今日
- () 昨日
- () 一昨日
- () それ以前 () 日前

5 下痢

- ① あり なし
- ② いつからですか () 今日
- () 昨日
- () 一昨日
- () それ以前 () 日前
- ③ どんな色ですか () 透明 () 白
- () 青、緑 () その他
- ④ 何回ありましたか 今日 () 回
- 昨日 () 回

6 嘔吐

- ① あり なし
- ② いつからですか () 今日
- () 昨日
- () 一昨日
- () それ以前 () 日前
- ③ 咳き込んできませんか はい いいえ
- ④ 最後にはいたのはいつですか 今日 () 時頃
- 昨日 () 時頃

7 発疹

- ① あり なし
- ② いつからですか () 今日

- () 昨日
 () 一昨日
 () それ以前 () 日前
- ③ どんな発疹ですか () 紅い () 水ぶくれ
 () 平坦 () 盛り上がっている
- ④ どこに出ていますか () 日中
- ⑤ かゆみをともないますか はい いいえ

8 その他の症状

- ① あり なし
- ② その他の症状があれば記入してください ()
- ③ その症状はいつからですか () 今日
 () 昨日
 () 一昨日
 () それ以前 () 日前

9 食事はとれていますか

- () いつも通り
 () いつもより少ない
 () とれない

「いつもより少ない」、「とれない」と答えた方は**記入用紙4**にも記入してください

10 水分はとれていますか

- () いつも通り
 () いつもより少ない
 () とれない

「いつもより少ない」、「とれない」と答えた方は**記入用紙4**にも記入してください

11 機嫌、気分、元気は良いですか

- () いつも通り
 () いつもより悪い
 () 悪い

12 その他気になることがありますか

- ① あり なし
- ② あれば内容を記載してください ()

13 周囲で流行している病気がありますか

記入用紙3-4

- ① あり なし
- ② あれば内容を記載してください ()

14 他の医療機関で薬を処方されていますか

① はい いいえ

②薬の名前がわかれば記入してください ()