

問診票

当院の受診 1回目 2回目以降

※インフルエンザ検査希望 なし あり(結果：陰 A B)

フリガナ			
氏名	(男・女)	生年月日	平・令 年 月 日
電話番号	- -		(歳 ヶ月)
住所	(〒 -)()		
通園(学)	()保育園・幼稚園・小学校・中学校	車種・車番	
※飲むお薬の種類を教えてください (シロップ ・ 粉 ・ 錠剤)		⓪	1 2 3
※解熱剤をご希望されますか? (はい・いいえ)		⓶	4 5 6

1. 今日、どうされましたか?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 熱 (/)~ (°C) | <input type="checkbox"/> 頭痛 (/)~ (体温 °C) |
| <input type="checkbox"/> 咳 (/)~ 乾・湿 | <input type="checkbox"/> 咳き込んで嘔吐 (体重 Kg) |
| <input type="checkbox"/> 鼻水 (/)~ 水・膿 | <input type="checkbox"/> 鼻づまり(/)~ |
| <input type="checkbox"/> 腹痛 (/)~ | <input type="checkbox"/> 吐き気 (/)~ |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 (/)~ ()回/日 | <input type="checkbox"/> 下痢 (/)~()回/日 水・血・白 |
| <input type="checkbox"/> 発疹 (/)~ (部位:) | <input type="checkbox"/> かゆみ (/)~(部位:) |
| <input type="checkbox"/> その他 () | |

2. 周りで流行している、または接触があった病気はありますか?

なし あり ()

3. 今、通院している病院はありますか?

なし あり ()→問診の際に詳しくお聞きします

4. 今、飲んでいるお薬はありますか?

なし あり ()→お薬手帳を見せてください

5. アレルギー、アナフィラキシーを起こしたことはありますか?

なし あり (薬・食べ物・その他:)

6. 今までにかかった病気はありますか? ※熱性けいれんや喘息発作など

()

7. 1週間以内に予防接種を受けられましたか?

いいえ はい ()

-----新型コロナウイルス感染症について-----

★この1か月で海外渡航・県外滞在はありますか?

なし あり:だれが() いつ頃() 場所()

★この1か月で同居人もしくは接触が多い人が、海外もしくは県外に滞在しましたか?

なし あり:だれが() いつ頃() 場所()

★新型コロナウイルス感染症が疑われる人との接触はありますか?

なし あり:だれが() いつ頃() 場所()

※保険証をスキャンさせていただきますのでご了承下さい