

# 問診票

当院の受診  1回目  2回目以降

フリガナ			
氏名	(男・女)	生年月日	平・令 年 月 日
電話番号	- -	年齢	( 歳 ヶ月)
住所	(〒 - )( )		
通園(学)	( )保育園・幼稚園・小学校・中学校	車種・車番	

※飲めるお薬の種類を教えてください ( シロップ ・ 粉 ・ 錠剤 )

(東)

1

2

3

※解熱剤をご希望されますか? ( はい・いいえ )

(西)

4

5

6

## 1. いつからどのような症状ですか?

- |  |  |
|--|--|
| <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 ( / ) ~ ↑最近の体重を記入  |
| <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 ( )           |  |

インフルエンザの検査を希望しますか?  はい  いいえ 結果: A ・ B ・ 陰性

## 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-----

## ★新型コロナウイルス感染症の疑い、感染者との接触(疑いも含む)はありますか?

なし  あり: だれが( ) いつ頃( )

## ★味覚障害はありますか?

なし  あり

## ★嗅覚障害はありますか?

なし  あり

※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