

※本日はコロナウイルスの検査は行っておりません

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	
※飲む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 () | |

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?

※本人もしくは家族の方で検査の予定がある方や、検査結果待ちの方もお知らせください

- なし あり: だれが() いつ頃()
詳細()

★味覚障害や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