

問診票（はじめて受診される方）

ふりがな		男・女	生年月日	
名前			年 月 日/	歳 ヶ月
住所	〒			
電話番号	()	緊急連絡先	()	
体重: Kg		来院時の体温: °C		

※ 体重は必ず測定してご記入下さい（10kg 未満の場合は看護師が測定します）

- ★ 新型コロナウイルス感染の疑い、又は感染者と接触した可能性がありますか （ある / ない）
- ★ 身近に新型コロナウイルス感染症に罹患されている方はおられますか （いる / いない）
- ★ ご家族で発熱あるいは呼吸器症状がある方はおられますか （いる / いない）

1 今までに食べ物や薬で、発疹やアレルギー反応がでたことはありますか？

なし ・ あり（ ）

2 本日の受診理由に○をつけ、いつから症状が出始めたか記入してください

- ・ 発熱 （ ）日前から 最高体温（ ）°C
- ・ せき （ ）日前から
- ・ 鼻水 （ ）日前から
- ・ のどの痛み （ ）日前から
- ・ 吐く （ ）日前から 1日（ ）回
- ・ 下痢 （ ）日前から 1日（ ）回
- ・ 腹痛 （ ）日前から
- ・ 発疹（ブツブツ）（ ）日前から 部位（ ）
- ・ その他（既往歴を含む）

【注意】心臓疾患やケガ、やけど、頭部打撲などの外傷は当院では対応できません

3 食事・水分はとれていますか？

- ・ 食事 （全く取れない 少し取れる 普段通り ）
- ・ 水分 （全く取れない 少し取れる 普段通り ）

4 他院から処方されたお薬はありますか？

なし・あり（ ）

※ ありの方はお薬手帳をお出し下さい

5 薬の処方が必要な場合、どのタイプの薬、回数をご希望ですか？

水薬 粉薬 錠剤

※ 内服薬は 1日（ 2回 / 3回 ）希望 ・ どちらでもよい

