

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、インフルエンザウイルスなどの検査のご希望はありますか（ はい / いいえ ）
 携帯番号（ - - ） 車の色（ ） ナンバー4桁（ ）
- ★ 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 ）
 どなたが（ ） 病名・症状（ ）

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（具体的に記入をお願いします。（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

