

## 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、インフルエンザの検査のご希望はありますか ( はい / いいえ )  
 はいの場合→電話番号 ( ) 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(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

