

## 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		体 温:       ℃		

※ 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）

一週間以内にご家族で体調の悪い方はおられますか （ いる / いない ）

どなたが（       ） 病名・症状（       ）

発熱のある方：新型コロナウイルス、インフルエンザ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（       ）

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（       ）

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 （       ） ℃
- ・ 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

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 ）

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

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

