

# 問診票

フリガナ	
お名前	男 女
ご住所	〒
電話番号	( )

来院時体温

\_\_\_\_\_ °C

生年月日	H · R	年	月	日
	(	歳		ヵ月)
身長	cm	/	体重	kg

・ 本日はどうされましたか？

発熱 頭痛 せき 鼻水 発疹 腹痛 嘔吐 下痢

皮膚症状 その他 \_\_\_\_\_ それはいつ頃からですか？ ( \_\_\_\_\_ 頃)

・ 今回の症状でほかの病院を受診しましたか？

いいえ はい (病院名 \_\_\_\_\_ )

・ 周囲で流行している感染症はありますか？ はいと回答された方は○を付けてください。

いいえ はい (コロナ・インフルエンザ・ノロ・ロタ・アデノ・溶連菌・手足口病)

その他 \_\_\_\_\_

・ 定期的に治療または内服していますか？

いいえ はい (病名 \_\_\_\_\_ )

(内服薬 \_\_\_\_\_ )

・ 薬や食べ物でアレルギーはありますか？

いいえ はい ( \_\_\_\_\_ )

・ ご希望がありましたらいずれかに○をお願いします。

お薬は ( \_\_\_\_\_ 粉薬 ・ \_\_\_\_\_ シロップ ・ \_\_\_\_\_ 錠剤 ) を希望します。

具合が悪く、待合室でお待ちいただくのが難しい患者さまは、受付までお申しつけ下さい。

なお、症状により順番が前後する場合がございます。ご理解・ご協力をよろしくお願い申し上げます。

