

# 問診票

ふりがな  
お名前

性別 男 ・ 女

年 月 日  
※必ずご記入ください。  
体重 k g

年齢 才 か月 体温 °C

集団生活 あり ・ なし  
施設名 ( )  
流行っている病気 ( )



☆過去一か月以内に本人または周囲で新型コロナ陽性者はいますか

はい (だれが: いつ: ) いいえ



☆1週間以内に新型コロナ検査を行いましたか

はい ( 月 日 陰性・陽性) いいえ



☆あてはまるものにチェックをしてください

継続薬の処方 (どのようなお薬ですか: )

経過の受診 ( 熱 ・ 咳 ・ 鼻水 ・ 肌 ・ 便秘 ・ へそ圧迫 )

(その他: )

☆新たな症状のある方は下記にお願いします

発熱 月 日から 月 日まで 最高 °C

咳 月 日から  たん  ぜえぜえ  ケンケン  その他( )

鼻水 月 日から  水鼻  青鼻  鼻づまり  くしゃみ

痛み 月 日から  頭  のど  おなか  耳  その他( )

肌 月 日から  発疹  乾燥  かゆみ  その他( )

部位 (頭・顔・首・胸・おなか・背中・手足・おしり・ )

おう吐 月 日 時頃から 回

げり 月 日から1日 回

その他 ( )

☆希望するお薬の形状  希望なし

錠剤  粉  シロップ  坐剤

☆服用中のお薬はありますか?  はい  いいえ

※本日お薬手帳をお持ちでない場合、飲んでいる薬の名前をご記入ください

※どんぐり使用欄

※前回受診時から保険証、住所・電話番号が変わったときは受付にお申し出ください