



# 問診票


ふりがな \_\_\_\_\_ 年 月 日  
お名前 \_\_\_\_\_ 性別 男 ・ 女 \_\_\_\_\_ ※必ずご記入ください。  
\_\_\_\_\_ 体重 \_\_\_\_\_ kg

集団生活 あり ・ なし  
施設名 ( \_\_\_\_\_ )  
流行っている病気 ( \_\_\_\_\_ )

年齢 歳 月 体温 ℃

 ☆1週間以内に本人または同居家族で新型コロナ、インフルエンザ陽性者はいますか  
はい (だれが: \_\_\_\_\_ いつ: \_\_\_\_\_ コロナ インフル A・B) いいえ

 ☆来院前に新型コロナ・インフルエンザ検査を行いましたか  
はい ( 月 日 コロナ 陰性 ・ 陽性 インフル A ・ B ・陰性 ) いいえ

 ☆当院受診後の経過  
症状 ( 発熱 ・ 咳 ・ 鼻水 ・ 肌 ・ 喘息 ・ アレルギー ・ 便秘 )  
(その他: \_\_\_\_\_ )

## ☆新たな症状のある方は下記にお願いします

発熱 (37.5℃以上) \_\_\_\_\_ 月 日 時頃から \_\_\_\_\_ 月 日まで 最高 \_\_\_\_\_ ℃

※解熱剤を使用している場合はご記入ください 最終使用 \_\_\_\_\_ 月 日 時頃

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 \_\_\_\_\_ 月 日まで \_\_\_\_\_ 回

げり \_\_\_\_\_ 月 日 時頃から \_\_\_\_\_ 月 日まで 1日 \_\_\_\_\_ 回

現在の症状で他医療機関を受診しましたか はい ( 月 日 ) いいえ

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

※どんどろり使用欄