問診票

		携帯番号	
受診日		診察前の体温 （受診者本人）	度　　分
フリガナ 氏　名			生年月日： 西暦：（　　）　　歳　　ヶ月

※診察の参考になりますので、わかる範囲でご記入をお願いします。

1. 今日来院されたのはどうしてですか。該当する症状を ◯ で囲んでください。
   発熱、咳、ゼーゼーがある、鼻水、くしゃみ、喉の痛み、頭痛、めまい、吐き気、嘔吐、腹痛、
   下痢、便秘、頻尿、元気がない、食欲がない、顔色がすぐれない、機嫌が悪い、目やに、
   充血、皮膚のかゆみ、発疹、身体の一部のはれ、痛がるところがある、嗅覚異常、味覚異常
   その他（　　）
2. いつ頃から症状がありますか。（　　）
3. 新型コロナウイルスが発生している地域への滞在、立ち寄り歴がありますか。
   はい　　いいえ　　（いつ：　　どこに：　　）
4. 新型コロナウイルスの感染者もしくは疑いのある方との接触がありますか。
   はい　　いいえ　（具体的に：　　）
5. 現在、他の病院で治療中の病気がありますか。
   はい　　いいえ　　（病名：　　）
6. 現在、内服中のお薬はありますか。
   はい　　いいえ　　（薬名：　　）
7. 周囲に同じ症状の方がいたり、流行している病気はありますか。
   はい　　いいえ　　（　　）
8. お薬や食べ物にアレルギーはありますか。
   はい　　いいえ　　（薬名・食品名：　　）
9. 今までにけいれん（ひきつけ）をおこしたことがありますか。
   はい　　いいえ　　（　　回くらい　最後は　　年　　月頃　）
10. 就園・就学状況（幼稚園・保育園・学校名をご記入ください。）
    （　　）
11. 定期予防接種は順調にお済みですか。
    はい　　いいえ
12. お薬の希望は　（　粉薬　・　シロップ　・　錠剤　）
13. 解熱剤の処方は（　要 ・ 不要　【　座薬　・　飲み薬　】　）
14. その他、何か伝えておきたいことがありましたらご記入ください。

{　　}

※車内待機の方は　車種（　　）ナンバー（　　）
ご記入ください。