

ID

問診票

当日・予約 (:)

記入日 R 年 月 日
前回 H R 年 月 日

ふりがな			性別	男性 ・ 女性	
氏名			体重	kg	体温
			(1ヵ月以内の)		℃
生年月日	平成・令和	年	月	日	電話
	(歳	ヵ月)		番号
			(父・母・その他:)		
車種:	色:		ナンバー:		
所属	()		保育園・幼稚園・小学校・中学校・高等学校		

1. 本日は、どうなさいましたか？

- 定期受診 (便秘 喘息 夜尿) 治癒証明 (インフル ・) 相談
 前回の続き (症状:)

かぜ症状 …… 発熱 (月 日 時から、 ℃)

- 鼻水 咳 ゼーゼーする のどが痛い 痰
 疼痛 …… 頭痛 腹痛 関節痛 悪寒
嘔吐症状 …… 吐気 嘔吐(いつから、 回)→【排尿 有/無】→【水分摂取 有/無】
便秘 …… 下痢 / 軟便(いつから、 回) 便秘 (日間排便なし)
皮膚症状 …… 湿疹 発疹 じんま疹 乾燥肌
その他 …… ()

2. 周りではやっている病気はありますか？

- ない 不明 ある ()

3. 現在、他院で処方されている薬はありますか？

- ない ある ()
※薬品名をご記入ください。又は、お薬手帳をお預かりします。

4. くすりのご希望についてお伺いします。

- 飲み薬 …… 粉 シロップ(できない薬もあります) 錠剤
飲ませ方 …… 1日3回 1日2回(できない場合もあります)
熱さまし …… 坐薬 粉 シロップ 錠剤
吐気止め …… 坐薬 ラムネ 粉

5. 受診されるご本人についてお伺いします。

①	2週間以内に、海外から帰国されましたか？	はい	いいえ
②	新型コロナウイルス感染症、もしくはその疑いのある方と接触がありましたか？	はい	いいえ
③	新型コロナウイルス感染症を疑わせる次のような症状がありますか？ 息苦しさ・強いだるさ・味覚異常・嗅覚異常など	はい	いいえ

6. ご家族の方についてお伺いします。

本日付き添い者の検温	父	母				
	℃	℃	℃	℃	℃	
①	本日、同伴のご家族に37.3℃を超える発熱・鼻水・咳・嘔吐・下痢などの症状がありますか？				はい	いいえ
②	同居のご家族に、1週間以内に37.3℃以上の発熱がありますか？				はい	いいえ
③	2週間以内に、海外から帰国された方がいますか？				はい	いいえ
④	新型コロナウイルス感染症、もしくはその疑いのある方と接触があった方はいますか？				はい	いいえ
⑤	新型コロナウイルス感染症を疑わせる次のような症状がある方はいますか？ 4日以上続く発熱・息苦しさ・強いだるさ・味覚異常・嗅覚異常など				はい	いいえ

予防接種 / 可
延期