

# 問診票

再

記入日： 年 月 日

受付番号： \_\_\_\_\_

|      |  |     |        |     |
|------|--|-----|--------|-----|
| ふりがな |  | 男・女 | 年 月 日生 | 体重  |
| お名前  |  |     | 歳 か月   | K g |

1. 該当症状の箇所に☑と、いつ頃から症状が出たか御記入下さい。

**来院時の体温** °C

- 発熱 ( / ~ / 最高 °C)  
 鼻水 ( / ~)       腹痛 ( / ~)  
 咳 ( / ~)       下痢 ( / ~)  
     ↳ 痰絡み (あり・なし)  
 咽頭痛 ( / ~)       嘔気 ( / ~)  
 頭痛 ( / ~)       嘔吐 ( / ~)  
 喘息発作 ( / ~) SpO2 % → %       発疹 ( / ~)

\* 食欲 ⇒ あり ・ なし ( )

\* 水分摂取 ⇒ 可 ・ 少し ・ 不可 ( )

その他 ( )

- 前回の続き       定期薬希望       検査結果       治癒証明書希望

2. 同居ご家族で具合の悪い方はいらっしゃいますか？ いない・いる ( )

3. 周囲で流行している病気はありますか？ ない・ある ( )

4. 2週間以内に新型コロナウイルス感染者との接触はありますか？ ない・ある ( )

5. 現在内服しているお薬はありますか？ ない・ある  
 → 「ある」とお答えの方はお薬の名前をお書きください ( )

6. 薬の剤形希望 → (  シロップ     粉薬     錠剤 )

