

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

