



★問診票★

年 月 日

フリガナ

名前 _____ (男・女) 年齢 (才 カ月)

体温 _____ °C 体重 _____ 身長 _____

1, 本日はどうされましたか？

- 発熱 (/ から) 咳 鼻水 鼻づまり 吐き気 嘔吐 下痢
発疹 のどの痛み 頭痛 便秘 体のだるさ 寒気 関節痛
その他 (下の欄にご記入お願いします。)

2, 症状はいつからですか？

_____ 頃から

3, 食欲はありますか？

ある・いつもより少なめ・ない

4, 水分はとれていますか？

とれる・いつもより少なめ・とれない

5, 現在、周囲で流行している病気はありますか？ (ある場合は詳しくお願いします)。

ない ある・・・病名(_____)

どなたが・・・保育園・幼稚園・学校・家族・友達・その他 (_____)

★本人・ご家族等がインフルエンザ・水痘等の診断で上記に申し出のあった病気によっては
感染予防・感染拡大防止の為に通常の待合室ではなく、別室にご案内させて頂く場合がございます。

6, お薬にご希望がありましたらいずれかに○をして下さい。

水薬 粉薬 カプセル 錠剤 坐薬 塗り薬

裏面にも記入いただく欄がございます。

スタッフ記入欄

- 血液検査 (アレルギー 生化学 末血 CRP)
検尿 抗原検査 (インフル コロナ アデノ 溶連菌 RS/hMPV) nodoka
レントゲン 超音波エコー 点滴 処置 (吸入 浣腸 鼻吸引) 処方 (あり・なし)



下記の質問に記入をお願いします。

※定期的に飲んでいるお薬がありましたらご記入をお願いします。

[]

※お薬や食べ物でアレルギーがありましたらご記入をお願いします。

(今までに一度記載された方で、新たにアレルギーの診断を受けられた場合はご記入ください。)

[]

※過去に病気やケガ等で入院や手術をしたことがありましたらご記入をお願いします。

(今までに一度記載された方で、新たに病気の診断を受けられた場合はその病名をご記入ください。)

[]

お手元にお薬手帳がございましたら

こちらの問診票を受付に提出していただく際に受付にお渡しく下さい。

インフルエンザワクチンは接種していますか？

接種済 (接種時期 月 (上旬・中旬・下旬・不明))

未接種