



問診票



他院からの紹介状などがありましたら、受付に出してください

(ふりがな) お名前	()	男・女	生年月日	昭和・平成・令和 (歳 月 日)
住所	(〒)			
電話番号(自宅)	() - ()	携帯電話	-	-

☆体温 _____ ℃ ☆体重 _____ kg ←お薬の量を決めるのに必要です。
 会計前の体重計かベビーベッド横の体重計をお使いください。

※以下の項目に当てはまるものはありますか？ をしてください。

- 現在発熱している(幼児 38 度以上・小中学生 37.5 度以上・成人 37 度以上)
- 48 時間以内に発熱(上記)していた
- 咳が強い、嘔吐や下痢をしている、味覚嗅覚異常があるなどの体調不良である
- 本人または家族がコロナの濃厚接触者、家族が発熱中、家族がコロナ検査中である
- あてはまるものはない

☆いつから、どのような症状がありますか？ (いつから) 症状 ()

☆現在治療中または経過を診ている病気はありますか？ 【 はい ・ いいえ 】 (病名) 通院先 ()

☆今までに入院・手術など大きな病気をしたことがありますか？ 【 はい ・ いいえ 】 (病名) 手術名 ()

☆現在服用中の薬がありますか？ 【 はい ・ いいえ 】 お薬手帳がありましたらお出しください。(薬の名前)

☆解熱剤の処方希望しますか？ 【 はい(座薬 ・ 粉薬 ・ 錠剤) ・ いいえ 】

☆薬が出た場合、どのようなタイプの薬を希望しますか？ 【 シロップ ・ 粉薬 ・ 錠剤 ・ 希望なし 】

☆薬のアレルギーや、合わなかった薬がありますか？ 【 はい ・ いいえ 】 (薬の名前) 出た症状 ()

☆食べ物などのアレルギーはありますか？ 【 はい ・ いいえ 】 (品目) 出た症状 ()

☆その他お知らせしたいことがありましたらご記入ください。()

☆当院を知ったきっかけを教えてください。(あてはまるものに○をつけてください。複数回答可です。

- 家が近所なので • 新聞広告で (新聞) • 知人の紹介で • 電柱看板で • バスのアナウンスを聞いて
- インターネットのホームページで • その他 ()

……[クリニック記入欄]……

- 特疾 トリアージ 抗菌