問診票

受診日：　　年　　月　　日

ID：

ふりがな
氏名　：

男・女　生年月日：昭・平・令　　年　　月　　日　（　　歳）

保護者名：

〒　　住所

携帯番号

診察前の体温　：　　℃

＊13歳未満の方は体重の記入をお願いします。　　kg

※該当する項目に☑し、必要事項を記入してください。

※　下記症状はいつ頃からですか？　（　　月　　日 ～　　）

【1】 発熱

□ あり（　　℃：　　月　　日 ～ ）　　□ なし

⇒解熱剤の使用　：　有　・　無　／　薬品名：（　　）

【2】 息苦しさ　　□ あり（SpO2　：　　%）　　□ なし

【3】 風邪症状

□ あり［ 咳　・鼻水（色：　　）・咽頭痛　・頭痛　・痰（色：　　）・倦怠感 ］　　□ なし

【4】 腹部症状

□ あり［ 腹痛　・　下痢　・　嘔吐　・　その他（　　）］　　□ なし

【5】 現在治療中の病気　　□ あり（疾患名：　　）　　□ なし

薬の服用　□ あり（　　）　　□ なし

【6】 妊娠(女性の方)　　□ している（　　週）　□ 授乳中　　□ していない

【7】 家庭や職場での体調不良　□ あり（関係：　　）　　□ なし

【8】 コロナワクチン接種　　□済　　□未

【9】 インフルエンザ予防接種　　□済　　□未

【10】検査の希望はありますか？　□PCR検査　□インフル検査　□その他の検査（　　）　□ 不要

【11】アレルギーはありますか？　□あり　食品（　　）　薬品（　　）　□ なし

【12】お酒は飲みますか？　□はい（　杯/1日）　□いいえ　□時々　□ なし

【13】処方の希望　□トローチ　□うがい薬　□ 不要

◆その他【　過去14日以内に不特定多数の人が集まる施設を利用した等があればご記入ください。　】

ご協力いただきありがとうございました

※来院されましたら、当院入口又は車内からお電話(082-962-0216)をかけていただき、そのままでお待ちください。

対応：テント　1　・　2　車（色：　　）車両番号（　　）

対応者：

作成日　2023/10/4