

# 問診票

受診日 令和 年 月 日

お名前 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

体重(お子様のみ) \_\_\_\_\_ kg 体温(当院で測定) \_\_\_\_\_ °C

本日症状は？(再診の方は前回からの経過をご記入ください)

〈例〉 1月1日の朝から 38.5°C

熱 (なし・あり ⇒ ありの方は **詳しく**ご記入ください)

解熱剤使用: なし・あり ⇒ 使用した時間を記入してください( )時頃

咳 (なし・あり) 痰の絡み: あり・なし)

鼻汁 (なし・あり) 鼻汁の色は? ( )

頭痛 (なし・あり) ( )

のどの痛み (なし・あり) ( )

腹痛 (なし・あり) ( )

下痢 (なし・あり⇒ 軟便・泥状・水様・( )色 ( )回

嘔吐 (なし・あり⇒ 回数( ) ( )

発疹 (なし・あり) ( )

倦怠感 (なし・あり) ( )

食欲 (あり・なし) ( )

その他の症状 ( ) ( )

ご家族の症状 ( ) ( )

持っているお薬 なし・あり(お薬手帳などあればご提示ください)

※新型コロナウイルスに感染されたことはありますか？

(なし・あり ⇒ いつ頃ですか? 令和 年 月 日)

【お子様についてお聞きします】

・幼稚園・保育園・学校名( )

・周りの流行 (なし・あり 病気: )