

## 問診票

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 |
| 住所   | 〒   |     |        |     |
| 電話番号 | ご自宅 |     | 携帯     |     |

## 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 ( / ~)
  腹痛 ( / ~)
- 咳 ( / ~)
  下痢 ( / ~)
- 痰絡み (あり・なし)
- 咽頭痛 ( / ~)
  嘔気 ( / ~)
- 頭痛 ( / ~)
  嘔吐 ( / ~)
- 喘息発作 ( / ~) SpO2 % → %  発疹 ( / ~)
- \* 食欲 ⇒ あり ・ なし ( )
- \* 水分摂取 ⇒ 可 ・ 少し ・ 不可 ( )

その他 ( )

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 )

## 7. お子さまについてお答えください。

- (1) 在胎週数( 週) (2) 出生時体重( g)
- (2) けいれんを起こしたことがありますか？ なし・あり
- (3) 今までに大きな病気やケガをされたことはありますか？ なし・あり  
→ 「あり」の場合は具体的にお答えください。 ( )
- (4) 食べものやお薬に対するアレルギーはありますか？ なし・あり  
→ 「あり」の場合は具体的にお答えください。 ( )

8. ご兄弟の人数と年齢を教えてください。 ( 人)

( ) 才 [男・女] ・ ( ) 才 [男・女] ・ ( ) 才 [男・女]

★ご記入いただきまして、ありがとうございます。ご記入後は受付までお持ちください。