

(初診)問診票

No. _____

ふりがな	生年月日
お名前	平成・令和 年 月 日
ご住所 〒 ()	歳 カ月
	電話番号 ()
	携帯電話 ()

熱 _____℃ 体重 _____kg

コロナ・インフルエンザ検査の希望はありますか？ ☐ はい ☐ いいえ
☐ インフルのみ ☐ コロナ・インフル

※検査希望の方は記入してください (車のナンバー) (色)

注：検査の受付時間 AM11:30まで PM18:00まで

ご家族でインフル・コロナまたは他感染症と診断された方はいますか？(直近2週間以内)

誰が： いつ： インフルA・B / コロナ / その他 ()

※本日はどのような症状ですか？

☐ 発熱(37.5℃以上) 月 日 朝・昼・夜 頃から 最高 ℃

※解熱剤を使用している場合はご記入ください → 最終使用 月 日 時頃

☐ 咳 月 日 から 痰・ぜいぜい・ケンケン・その他 ()☐ 鼻水 月 日 から 鼻づまり・くしゃみ☐ 痛み 月 日 から 頭・のど・おなか・耳・その他 ()☐ 嘔吐 月 日 から 吐き気☐ 下痢 月 日 から 軟便・水様便・泥状☐ 肌 月 日 から 発疹・乾燥・かゆみ・その他 ()

部位(頭・顔・首・胸・おなか・背中・手・足・おしり)

☐ 風邪以外の症状 (いつから、どのような症状ですか?)

食欲： ☐ 通常 ☐ いつもの半分くらい ☐ 少し ☐ 全く食べず
 水分： ☐ 通常 ☐ いつもの半分くらい ☐ 少し ☐ 全く飲めず
 元気： ☐ あり ☐ いつもよりない ☐ ない ☐ 機嫌悪い ☐ ぐったりしている

※現在、他院に通院中の方は病名と通院先、お薬をお書きください。

〔 _____ 〕

以下の項目について、お分かりになる範囲で○をつけてご記入ください。

※出産・発育について

乳児期の栄養方法(1歳未満の方)： 母乳・混合・ミルク

離乳食：

回食

※食物アレルギー 不明 ・ なし ・ あり → (対象食物)

※薬剤アレルギー 不明 ・ なし ・ あり → (対象薬剤)

※ご家族の方であてはまるものがあればお答えください(どなたですか?)

喘息 () アトピー () 食物アレルギー ()

花粉症 () けいれん () 薬剤アレルギー ()

※これまでに入院、手術を受けたことはありますか？

いいえ・はい → (病名：) (病院：) (時期：)