

11月～3月

問診票(初診・子供用)

ID

年 月 日

フリガナ				性別	男・女	生年月日	年 月 日 才
名前							
住所	〒						
電話						体重	Kg

●今日はどのような症状で来られましたか？ あてはまるものにチェックしてください。

- 発熱 せき 鼻水 鼻詰まり 息切れ 息苦しい たん
 頭痛 ノドの痛み 嘔気 嘔吐 腹痛 下痢
 その他 (_____)

●その症状はいつからですか？

- 今日 昨日 月 日頃から
 発熱の方⇒ 月 日 時頃から ⇒高い時何℃ありましたか？ (_____℃)

●今までにかかった病気・手術・ケガはありますか？

- なし あり
 高血圧 糖尿病 喘息 高脂血症 心臓病 腎臓病 肝臓病 脳卒中
 癌 (_____) その他 (_____)

●現在、何かお薬を飲まれていますか？

- なし あり (_____)

※お薬手帳はお持ちですか？ なし あり ⇒ 受付へお出し下さい。

●アレルギーはありますか？

- なし あり
 食べ物 (_____)
 薬 (_____)
 その他 (_____)

●希望されるお薬はありますか？

※薬によってはご希望に添えない場合があります。

- 粉 錠剤 シロップ
 指定なし

●女性の方にお尋ねします。妊娠中ですか？

- いいえ はい ⇒ ヶ月
 ⇒ 授乳中ですか？ いいえ はい

●インフルエンザの予防接種を行なっていますか？

- 未 済 (_____ 月頃)

スタッフ記載

●家庭内や学校・保育所内等にインフルエンザや新型コロナウイルス感染者はいますか？

- いいえ はい
 ⇒ (_____)

<バイタル>		インフルチェック希望
BT	_____℃	あり なし
P	_____回/分	
BP	_____/_____mmHg	
SpO2	_____%	