

問診票(初診・子供用)

ID _____

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ				性別	男・女	生年月日	H	年	月	日	才
名前							R				
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？ (_____ °C)

●今までにかかった病気・手術・ケガはありますか？ なし あり

- 喘息 肺炎 高血圧 糖尿病 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？(吸入薬も含む)

- なし あり

➡ お薬手帳はお持ちですか？(お薬を飲んでる方のみ)

- なし あり ⇒ 受付へお出し下さい。(スキャン済)

➡ お薬の名前をご記入下さい

(_____)

●アレルギーはありますか？

- なし あり (下記にご記入下さい)
 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

スタッフ記載

<バイタル>

BT _____ °C P _____ 回/分 BP _____ / _____ mmHg SpO2 _____ %

10ヶ月前抗原希望	あり	なし
1ヶ月間抗原希望	あり	なし