

問診票

ふりがな		男・女	生年月日
名前		西暦	年 月 日 (歳 ヶ月)
TEL	— —	(母 ・ 父 ・ 祖母 ・ 祖父)	

体重	kg	本日の体温	℃
幼稚園・保育園・こども園・小学校・中学校			

本日はどうなさいましたか？当てはまるものに記入をして下さい。

症状	いつから	経過
☐ 発熱	月 日～	
☐ 鼻水	月 日～	
☐ せき	月 日～	
☐ のどの痛み	月 日～	
☐ 吐き気	月 日～	
☐ 嘔吐	月 日～	
☐ 腹痛	月 日～	
☐ 下痢	月 日～	
☐ 便秘	月 日～	
☐ しっしん	場所：頭・顔・首・腕・手・脇・胸・お腹・背中・おしり・陰部・足	
☐ その他		

まわりで流行っている病気はありますか？

- ☐インフルエンザ(A・B) ☐新型コロナウイルス ☐アデノウイルス(プール熱)
☐溶連菌感染症 ☐RSウイルス ☐その他

現在、他の病院に通院・治療している病気はありますか？

- ☐なし ☐あり ()

現在、飲んでいる薬はありますか？

- ☐なし ☐あり ()

どんな種類の薬が飲めますか？

シロップ ・ 粉 ・ 錠剤

解熱剤の希望はありますか？

- ☐なし ☐あり (粉 ・ 錠剤 ・ 坐薬)

*新型コロナ検査の方は

右の欄に記入をお願いします。

車種： 色：

ナンバー：