



問診票 (登録済の患者さま用)

● 発疹（ぶつぶつ）や、感染する病気の可能性のある方はスタッフへお申し出ください。

ふりがな

お名前

男・女

ID:

生年月日 西暦 年 月 日(歳 ヶ月)

体温（来院時） ℃ 体重 kg

1. 今日はいつからのどのような症状で来られましたか？

- ☐ 発熱 月 日 (朝・昼・夜) から (最高 ℃)
- ☐ 咳 月 日 (朝・昼・夜) から
- ☐ 鼻水 月 日 (朝・昼・夜) から
- ☐ ゼーゼー 月 日 (朝・昼・夜) から
- ☐ 嘔吐 月 日 (朝・昼・夜) から (回)
- ☐ 下痢 月 日 (朝・昼・夜) から (回)
- ☐ 腹痛 月 日 (朝・昼・夜) から
- ☐ ぶつぶつ（発疹）
- ☐ かさかさ・ジクジク（湿疹）
- ☐ 耳の下の腫れ
- ☐ その他 ()

2. その症状で他の病院を受診されましたか？ (はい・いいえ)

どのように診断されましたか？ ()

3. 現在、使用している薬がありますか？ (はい・いいえ)

あれば、すべてお書きください。(飲み薬・坐薬・塗り薬・貼り薬・吸入薬など)

()

4. 家族・園・学校に具合の悪い方はおられますか？ (はい・いいえ)

おられる場合は、誰がどのような症状かお書きください。

()

5. 薬や食べ物でアレルギーがありますか？ (はい・いいえ)

あれば、すべてお書きください。

()

6. 何か伝えておきたいこと・相談したいことがございましたら、お書きください。

()

※住所・電話番号などの変更がありましたら、お書きください。

()

※健康保険証は月に一度、あるいは変更がございましたら、受付にご提出ください。