



問診票

ID: _____

氏名 _____

様 _____

※小学生以下のお子さんは、体重も記入してください。
() kg

*** 2つの太枠内のご記入をお願いします***

●来院時の体温 () °C

●自宅での体温について教えてください。

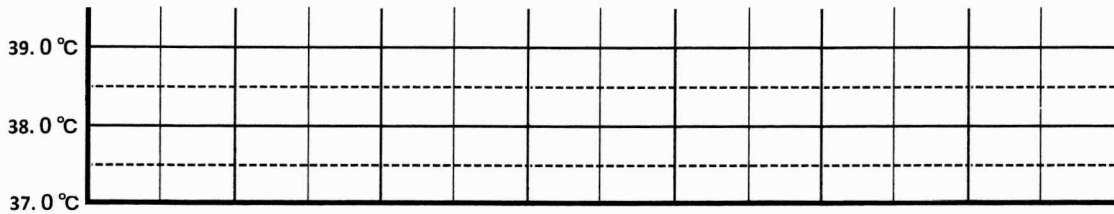
・熱の出始め (月 日 時頃)

・一番高い熱 () °C (月 日 時頃)

・解熱剤を使用しましたか? 無・有 ()

※他院で処方された薬の場合はおくすり手帳を受付へご提出ください。

スタッフ
記入欄



(日時)

●症状について、当てはまるものにレ点を記入してください。

- | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 悪寒 | <input type="checkbox"/> 頭痛 | <input type="checkbox"/> のどの痛み |
| <input type="checkbox"/> 咳 | <input type="checkbox"/> たん | <input type="checkbox"/> 鼻水 |
| <input type="checkbox"/> 鼻づまり | <input type="checkbox"/> 腹痛 | <input type="checkbox"/> 下痢 |
| <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 発疹 |

●検査について

・他院で以下のような検査を受けましたか? 無・有 ()

・当院での検査の希望はありますか? 無・有

[インフルエンザ ・ RSウイルス ・ 溶連菌
その他 ()]