

問診票(風邪症状がある方)

ふりがな		歳
お名前		未成年の場合 保護者氏名
電話番号	つながりやすい電話番号(なるべく携帯電話)をご記入ください。順番待ちのある場合クリニックの携帯から電話します。	
ご住所	〒	
薬の受渡時に必要な情報です 今日は 徒歩・自転車・その他・車の場合 → 車種 () 色 () ナンバー()		

※お薬受け渡しの為シエロ薬局と電話番号・来院情報の共有をさせていただきます。
ご理解とご協力の程お願い致します。

最初に症状が出た日はいつですか。

月 日 ()

あてはまる症状に○つけて下さい。

咳 のどの痛み 痰 鼻水 頭痛 関節痛

腹痛 下痢 嘔吐 その他()

一番高い熱 月 日 ℃ 院内計測 ℃

※周りにインフルエンザ・コロナ・その他感染症の方はいますか？ 有・無

有の場合()

・中学生以下の方 (体重 kg)

・女性の方 (妊娠の可能性 有・無) (授乳 有・無)