

問診票(風邪症状がある方)

フリガナ		生年月日	年 月 日生(歳)
お名前		未成年の方 保護者氏名	
電話番号	つながりやすい番号(なるべく携帯電話)をご記入ください。		

【症状が出たのはいつからですか?】 ※いずれか一方で大丈夫です。

月 日 ()頃から / ()日前から

一番高い体温 月 日 °C	院内での体温 °C
【以下、あてはまる症状に○をつけてください。】	
せき 咳 のどの痛み いた 痰 たん はなみず 鼻水 ずつつ 頭痛 かんせつつ 関節痛 ほっしん 発疹(部位:)	
ふくつ 腹痛 げり 下痢 おうと 嘔吐 その他()	

【周りに感染症の方はいますか?】 以下に○をつけてください。 ※「その他」の場合はご記入ください。 インフルエンザ・コロナ・その他感染症()・無
【体重】 ※体重によって薬の量が変わる可能性があります。 (kg)
【女性の方へ】 以下に○をつけてください。 妊娠の可能性 → 有 (ヶ月)・無 授乳 → 有 (ヶ月)・無

☆書き終わりましたら受付までお持ちください☆