

次頁もご記入下さい

本日の体温

℃

ふりがな

氏名

(男・女)

生年月日

平・令

年

月

日

(

歳

ヶ月)

〒

住所

電話番号

携帯電話番号

1. 本日はどうされましたか。

いつ頃から

どのような症状ですか

2. お子様の生まれた時の体重

(

グラム)

3. 生まれた時、お子様に異常がありましたか

(はい ・ いいえ)

4. 今までにかかられたことのある病気に ○ を付けてください

はしか ・ 水ぼうそう ・ おたふくかぜ ・ 風しん ・ 突発性発疹

気管支喘息 ・ アトピー性皮膚炎 ・ ひきつけ (無熱時 ・ 有熱時)

その他 ()

5. 今までに入院や手術をされたことがありますか

(はい ・ いいえ)

年齢 ・ 病名

6. 今までに受けられた予防接種に ○ を付けてください

三種混合 ・ ポリオ ・ 麻しん風しん ・ 肺炎球菌 ・ ヒブ ・ ロタ

四種混合 ・ 日本脳炎 ・ B型肝炎 ・ BCG ・ 水痘 ・ おたふくかぜ

その他 ()

7. 今までに薬（飲み薬・注射・予防接種）や食べ物でアレルギーをおこしたことがありますか

(はい ・ いいえ)

どのような薬・食べ物で

どのような症状

8. 現在、病院にかかられていますか

(はい ・ いいえ)

医療機関名

病名

お薬名

9. お薬の処方について 希望される方に ○ を付けてください

院内

・ 院外 (薬局名)

10. 身長・体重をご記入ください

身長

cm

・

体重

kg

体重計は、入口にご用意しております。靴を脱いでご自由にお使いください。

☆ その他、気になることがありましたらご記入ください。

☆保険証・診察券（お持ちの方）は、一緒に受付に提出してください

※問診票は当院で定めた利用目的の範囲内で利用いたします

次頁もご記入下さい

患者様に、安心安全な医療を提供するための問診票となります。

別室にて診察をさせていただく場合もございますが、ご協力お願いいたします。

該当項目に ○ を付けてください。

症 状

咳 ・ 息苦しい ・ のどの痛み ・ 鼻水 ・ 倦怠感

関節痛 ・ 下痢 ・ 嘔吐 ・ 味覚異常（あじ） ・ 嗅覚異常（におい）

その他（ ）

発 熱

（ 有 ・ 無 ）

（10日以内）

【 月 日 時から発熱 最高 °C 】

家族・仕事場・友人での新型コロナウイルス陽性者

（ 有 ・ 無 ）

（10日以内）

行 動

（10日以内）

旅 行 有【場所】 ・ 無

県外への往来 有【場所】 ・ 無

多人数での食事や会合 有 ・ 無