

問診票（ 内科 ・ 小児科 ）

看護師・スタッフ 記載用

※内科・小児科 どちらか該当する方に○をつけてください ↑

小児科は0歳から中学終了（15歳になった最初の3/31）までです

記入漏れがある場合、診察の順番が遅くなることがあります。

外科・整形（切り傷・やけど・打撲等）・耳鼻科・眼科などの検査・処置は出来ません。

また、レントゲン、心電図、血液検査、点滴等は出来ません。

インフルエンザ（ ）

溶連菌（ ）

Covid-19（ ）

ご記入日	令和 年 月 日		
フリガナ		性 別	生年 月 日 S・H・R 年 月 日生
氏 名		男 ・ 女	年齢 歳 ヶ月
電話番号	（今連絡のつく番号をご記入ください）		
※今の体温	. °C 必ずご記入ください	体重	. kg

1 本日はどうされましたか。症状に○をつけてください。

発熱 **※発熱の方 発熱はいつからですか？** 月 日 時頃 °C

頭痛 ・ 咳 ・ 鼻水 ・ 痰 ・ 喉の痛み ・ 吐き気 ・ 嘔吐

腹痛 ・ 便秘 ・ 下痢 ・ その他（ ）

この症状はいつからですか？

2 薬または食物のアレルギーはありますか？（ ある ・ なし ）

（あるとお答えの方）その薬品または食物名

その症状（できるだけ具体的に）

3 4週間以内に予防接種を受けましたか？（ はい ・ いいえ ）

（名称）

4 現在治療中の病気や今までにかかった大きな病気があればご記入ください

5 かかりつけの医療機関はどちらですか？

6 現在服用（使用）している薬はありますか？（ ある ・ なし ）

お薬名：（おくすり手帳があれば記入不要）

7 女性の方へお伺いします 妊娠していますか？（ はい 週 ・ いいえ ）

8 同居の方でコロナ・インフルエンザにかかっている人はいますか？（ いる ・ いない ）

（いる場合）本人・配偶者・子供・その他（具体的に）

9 コロナ・インフルエンザの検査をしましたか？（ はい ・ いいえ ）

（した場合）検査をした日： 月 日 時頃 / 検査場所： 病院 ・ 自己検査

結果： 陽性（ コロナ ・ インフルエンザ ） ・ 陰性