

問診票

お名前 _____ (ID _____) フリガナ _____

男・女 生年月日 _____ 年 月 日 才 _____ 電話番号 _____

郵便番号 _____ 住所 _____

小児のみ (体重 _____ Kg) (処方薬の種類希望→錠剤・粉薬・シロップ・座薬)

Spo2 _____ % 来院時体温 _____ °C

◆症状がでたのはいつからですか？

月 日 時頃から()の症状があった

◆現在はどうのような症状がありますか？

発熱 (月 日 時頃から 体温 _____ °C 解熱剤の使用→あり・なし)

咳(痰がらみの咳・から咳・ヒューヒュー咳・その他 _____)

体がだるい 頭痛 腹痛 吐き気 嘔吐(日に 回)

下痢 (1日に 回 →→ 水様便・泥状便・軟便・血便)

食欲不振(水分摂取→できる・できない)(食事摂取→できる・少しできる・できない)

鼻水(透明・黄色・緑色・その他 _____)

喉の痛み(痛みの程度→少し痛い・痛い・強く痛い)

息苦しい 悪寒 めまい ふらつき 胸部痛 関節の痛み 背部痛

その他(_____)

◆自身で抗原検査はしましたか？→いいえ・はい(コロナ→陽性・陰性 インフル→陽性・陰性)

◆コロナワクチン接種はしましたか？→いいえ・はい(回接種)

◆アレルギーはありますか？→いいえ・はい(□薬: _____ □食品: _____)

花粉 ハウスダスト その他: _____)

◆現在治療中の病気はありますか？→いいえ・はい(病名 _____)

◆今までにかかった病気はありますか？→いいえ・はい(病名 _____)

◆内服している薬はありますか？→いいえ・はい→お薬手帳持参していない場合は、薬剤名を記入してください(薬剤名 _____)

◆女性の方 妊娠されている可能性はありますか？→いいえ・はい

授乳中ですか？→いいえ・はい