

問診票

受診までに記載し、受付時に提出ください。

名前 _____ 生年月日 S・H・R _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 才)

住所 〒 _____

携帯電話番号 _____ (保護者氏名 _____)

*必ず連絡のつく番号を記載してください。診察時にお電話をすることがあります。

通っている保育園・幼稚園・学校名 (_____)

【周囲の流行】

新型コロナウイルス なし あり (濃厚接触者ですか? はい・いいえ)

インフルエンザ なし あり

その他 (_____)

【基礎疾患】 なし

あり (病名 _____ 治療内容 _____)

体重 _____ k g 本日の熱 _____ °C

受診理由 あてはまるものにチェックしてください。

発熱 (_____ 月 _____ 日から)

咳 鼻水 のどの痛み 腹痛 吐き気・嘔吐 下痢

その他 (_____)

* 息が苦しい・じんましん・ぐったりしているなどの急を要する症状がある場合は、

必ず事前に受付に直接お伝えください。