

問診票

年齢 才 ヶ月

ふりがな		体重	現在の体温
お子様のお名前	男・女	k g	℃
携帯番号	—	—	

1. 症状をチェックしてください

発熱 月 日 AM / PM 時 ~ 月 日 最高 ℃

↓発熱があるかたは枠内も必ずご記入ください

学校等に通われている方	はい (施設名: 幼稚園・保育園・小学校・中学校) / いいえ
通っている保育園など施設で、感染症の陽性者は出ていますか?	はい (コロナ・インフル・他) / いいえ
同居家族の大人の方で体調を崩している人はいますか?	はい (誰:) / いいえ
→ 「はい」のご家族の方はどのような症状ですか? 発熱 ℃・咽頭痛・頭痛・倦怠感・咳・鼻水・その他 ()	
ご両親も診察希望される場合は、保険証のご提出をお願い致します。	

嘔吐 月 日 ~ 回
下痢 月 日 ~ 1日 回
咳 月 日 ~
鼻水 月 日 ~
発疹 月 日 ~
経過観察
その他 (症状や相談したい事を記入してください)

2. 本日から2週間以内に当院で予防接種の予定はありますか?

はい ・ いいえ

3. 今まで飲んでいた薬

ない ある (他院) 薬剤名 ()
ある (当院)