

問診票

氏名 _____

体温	℃	体重	kg
() 保育園		() 幼稚園	
() 小学校 ・ 中学校 ・ 高校			

※ 24 時間以内に 37.6 度以上の発熱があった → はい いいえ

※ 家族(同居人)でインフルエンザ・コロナと診断された人がいる → はい いいえ

◆ 他院で処方されたお薬を現在飲んでいますか？ → はい いいえ

”はい”に○した方は、問診票と一緒に薬手帳を受付に出してください。

◆ 薬の形状希望 → シロップ / 粉 / 錠剤(小学生以上)

▼ いつ頃からどのような症状があるか☑し記入してください。

□ 発熱 → (月 日 時 ~ °C)

□ 咳 → (月 日 ~)

□ 鼻水・鼻詰まり → (月 日 ~)

□ 咽頭痛 → (月 日 ~)

□ 頭痛 → (月 日 ~)

□ 下痢 → (月 日 ~) 水様便 or 軟便 (回)

□ 嘔吐 → (月 日 ~) (回)

□ 腹痛 → (月 日 ~)

□ 便秘 → (月 日 ~)

□ 発疹 → (月 日 ~) 部位 ()

□ その他 → ()

◆ 第2・第4土曜日のみ、選択してください。

Dr 2 人態勢の為、どれか選択の上、○をしてください。

院長 北川先生 どちらでも可