

# 問診票

氏名

体温	°C	体重	kg
(	保育園	(	)幼稚園
(	) 小学校	・	中学校

※ 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、問診票と一緒にお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団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。

Dr2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