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

◆<u>他院</u>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☑し記入してください。

□発熱→（　　月　　日　　時～　　℃）
□咳→（　　月　　日～）
□鼻水→（　　月　　日～）
□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→（　　）

◆<u>第２・第４土曜日のみ、選択</u>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