

氏名	ふりがな	生年月日	/ / (歳)	男 女
住所	〒	自宅		
		携帯電話		
		※18歳未満は保護者の電話番号をご記入ください		

車の色() 車のナンバー()

◆ご様子を教えてください

日付	/ /	/ /	/ /
熱			
症状	咳 痰 鼻汁 喉の痛み	咳 痰 鼻汁 喉の痛み	咳 痰 鼻汁 喉の痛み
	息苦しさ 体のだるさ	息苦しさ 体のだるさ	息苦しさ 体のだるさ
	腹痛 頭痛 関節痛	腹痛 頭痛 関節痛	腹痛 頭痛 関節痛
	下痢(回) 嘔吐(回)	下痢(回) 嘔吐(回)	下痢(回) 嘔吐(回)
	その他	その他	その他

お近くに、コロナ・インフルエンザ・発熱・同じ症状の方はいますか？

いない いる ⇒ コロナ・インフルエンザ・その他 ▶どなたですか？()

◆いま現在治療中の病気、または、過去にかかった病気はありますか？

ない
ある ⇒ 高血圧 糖尿病 脂質異常症(高コレステロールなど) 腎疾患
心臓病(不整脈、狭心症など) 呼吸器疾患(喘息など) 前立腺肥大
緑内障 その他()

▶通院している病院を教えてください()

◆現在、飲んでるお薬はありますか？

ない
ある ⇒ ・お薬手帳はお持ちですか？ ⇒ はい いいえ

※お持ちの方は問診表と一緒にスタッフへお渡しください

※お持ちでない場合はご記入ください ⇒ 薬名 _____

◆薬や食べ物にアレルギーはありますか？

ないある ⇒ _____

◆女性の方にお聞きします

・妊娠中ですか？

いいえはい _____ 週目

・授乳中ですか？

いいえはい

◆他にご心配な事・ご相談したいことはありますか？

当院は 診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めております。
 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

【スタッフ記入欄】



(西幼稚園側・建物側・道路側)

検査希望(あり・なし・医師の判断)

専用薬の処方 ⇒ あり・なし