

☆...☆...☆... 問診票 ・☆...☆...☆...

フリガナ
名前

通称名
希望あり

性別
男・女・他

年齢

歳

本日の体温 _____ 度 体重 _____ kg

通っている
園・学校

あてはまる項目にチェックをお願いします

- 新型コロナウイルス感染症の療養中である(隔離期間)
- 新型コロナウイルス感染症の濃厚接触者である
- 過去7日以内に、家族や友人が 新型コロナウイルス感染があり、接触がある
- 新型コロナウイルスにより、学級閉鎖 もしくは 学年閉鎖中である
- 味やにおいがしない
- 上記のいずれにも該当しない

※食べ物やお薬にアレルギーはありますか？

・なし ・たまご ・小麦 ・乳 ・大豆 ・薬() ・その他()

※これまでにかかった病気はありますか？ 定期的に治療を受けている病気はありますか？

・なし ・熱性けいれん ・喘息 ・アトピー ・アレルギー性鼻炎 ・ その他()

一番のお困りごとはなんですか？

いつからどのような症状がありますか？

現在 内服中のお薬はありますか？

はい ・ いいえ

”はい”の方 内服中の薬を教えてください

お薬手帳なしの場合 内容を教えてください

お薬手帳持参

初めて受診される方/変更のある方はご記入ください

カルテ番号

フリガナ
名前

性別
男・女・他

生年
月日

昭和
平成
令和

年

月

日

通称名でのお呼び出しご希望 あり フリガナ
名前

住所 〒

電話番号

