

# 《 休日当番医用 問診表 》

車（車種： \_\_\_\_\_ /色： \_\_\_\_\_ /ナンバー： \_\_\_\_\_）

駐車場所： クリニック周囲 ・ 薬局 ・ 第二駐車場(砂利) \_\_\_\_\_

付添い者検温済 付添い者未検

ふりがな \_\_\_\_\_

体温 \_\_\_\_\_ °C 体重 \_\_\_\_\_ kg

お名前 \_\_\_\_\_ (男・女) 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( )歳( )カ月


住所(〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ) 連絡先 ( \_\_\_\_\_ )

本日、検査は希望されますか？(はい・いいえ)

\*鼻腔からの検査となり、検査キットはコロナ抗原とインフルエンザ(A型、B型の判定は不可能)の同時検査キットになります


・身近に、新型コロナ陽性者、濃厚接触者の方がいらっしゃいますか？ (あり・なし)


・ご家族・お友達の間で具合の悪い方はいますか？ (あり・なし)

 本日はどうなさいましたか？

( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 )頃から

発熱 \_\_\_\_\_ 鼻水 \_\_\_\_\_ 鼻づまり \_\_\_\_\_ 咳 \_\_\_\_\_  
嘔吐 (1日 \_\_\_\_\_ 回) \_\_\_\_\_ 下痢 (1日 \_\_\_\_\_ 回) \_\_\_\_\_  
痛み (頭・のど・お腹・その他 \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
発疹 \_\_\_\_\_  
その他( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

 食べ物やお薬などのアレルギーはありますか？ → ( なし・あり \_\_\_\_\_ )

 現在治療中又はかかったことのある病気を教えてください

喘息 \_\_\_\_\_ 川崎病 \_\_\_\_\_ 心臓病 \_\_\_\_\_ 腎臓病 \_\_\_\_\_ 熱性けいれん \_\_\_\_\_ てんかん \_\_\_\_\_ 新型コロナ(いつ頃: \_\_\_\_\_ )  
その他( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

※他院処方のお薬がありましたら、診察時にお薬手帳をお渡してください。