

《 休日当番医用 問診表 》

○検査は希望されますか？（はい・いいえ） *鼻腔検査は、コロナとインフルの両方になります。

○38℃以上の発熱はありますか？（はい・いいえ）

○身近にコロナの方や濃厚接触者の方はいますか？（はい・いいえ）

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 (_____)


車（車種： _____ /色： _____ /ナンバー： _____）

 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、お薬手帳を袋と一緒に入れてください。