≪ 休日当番医用　　問診表 ≫

〇鼻腔検査(コロナ･インフル同時)は希望されますか？ （ はい ・ いいえ ）

〇家族や学校など周りでコロナの方はいますか？
（ いいえ ・ はい: ）

〇インフル陽性の場合、インフルエンザ薬を希望しますか？(はい･ いいえ ）

ふりがな

体温　　℃ 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(　月　日　時から　日目)　**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、お薬手帳を袋に一緒に入れてください。

たかやなぎこども医院