

《 休日当番医用 問診表 》

鼻腔検査(インフルエンザ・コロナ同時検査)は希望されますか？(はい・いいえ)

インフルエンザ陽性の場合、抗ウイルス薬を希望しますか？(はい・いいえ)


体温	℃	体重	kg
----	---	----	----

ふりがな

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

住所(〒 _____) TEL _____

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(_____)

 家族や学校など周りに流行っている病気などはありますか？(いいえ・はい _____)

 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。