

母子手帳持参 有 無 お薬手帳持参 有 無 初診 ・ 当月受診 有 ・ 無

1ヶ月以内の本人の渡航歴 新型コロナ陽性者または
有 国名 () 無 疑いのある人との接触 有 無

テント内記入
BT= °C

ふりがな 患者名：	年齢： 歳 ヶ月	男 ・ 女				
生年月日： H ・ R . .	体重	kg				
自宅住所：	TEL：					
保育園・幼稚園 園名 ()	通園なし					
園・校内で周囲で流行している病気： なし あり ()						
学校名 ()	小学校・中学校 年生					
通園・通学時の交通手段 (徒歩 ・ バス ・ 自転車 ・ 電車 ・ 車)						
今回の受診目的：	※本日の来院方法： 車 (TEL：) 車以外					
<input type="checkbox"/> インフルエンザ検査希望 (あり なし) ※ワクチン接種 未接種 1回済 2回済 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス検査希望 (あり なし) ※周囲に感染者： いる () いない ※検査の有無は、診察医の判断となります。						
<input type="checkbox"/> 定期受診 (病名・症状：) <input type="checkbox"/> 前回の続き (/ 受診 当院・他院) <input type="checkbox"/> その他 (病名・症状：)						
他の医療機関への受診： 無 有 / 検査結果持参： 無 有						
罹患した 病気	突発性発疹 熱性けいれん 気管支喘息 花粉症 アトピー性皮膚炎 麻疹 風疹 おたふく 水ぼうそう アレルギー () その他 ()					
呼吸器症状 なし あり	咳 / ~	鼻水 / ~	咽頭痛 / ~	呼吸苦 / ~	味覚障害 / ~	嗅覚障害 / ~
消化器症状 なし あり	嘔気 / ~	嘔吐 / ~	下痢 / ~	食欲低下 / ~	腹痛 / ~	
その他 なし あり	発熱 / ~	倦怠感 / ~	関節痛 / ~	頭痛 / ~	発疹 / ~	

・今飲んでいる (使っている) 薬について

- ①なし ②当院処方の内服薬 ③他院処方薬を服用の場合内容をお知らせください。



・飲み薬の希望 : シロップ 散剤 (粉薬) 錠剤 (粒) 特になし

裏面へ

過去2週間以内に発熱等ありましたか？ はい (/ ~ °C) いいえ

バイタル BT: °C SAT: % P: BP /
BW: kg

現病歴・経過・症状・相談・質問したいこと

日付	曜日	時間	体温	症状、解熱剤使用、受診、内服など
/	()	:	°C	
/	()	:	°C	
/	()	:	°C	
/	()	:	°C	
/	()	:	°C	
/	()	:	°C	
/	()	:	°C	
/	()	:	°C	
/	()	:	°C	
/	()	:	°C	
/	()	:	°C	
/	()	:	°C	
/	()	:	°C	
/	()	:	°C	
/	()	:	°C	

★現在当院で予防接種の予約が入っている方は日付をご記入ください。 /
なし

ふりがな

同居家族問診 付き添い者 氏名： 続柄：

同居者の続柄	発熱	過去2週間以内に発熱等ありましたか？	咳	鼻水	1ヶ月以内の渡航歴	新型コロナ陽性者または疑いのある人との接触
才 通勤、登校、登園先		はい / ~ °C いいえ	有・無 / ~	有・無 / ~	有 国名 () 無	有 () 無
才 通勤、登校、登園先		はい / ~ °C いいえ	有・無 / ~	有・無 / ~	有 国名 () 無	有 () 無
才 通勤、登校、登園先		はい / ~ °C いいえ	有・無 / ~	有・無 / ~	有 国名 () 無	有 () 無
才 通勤、登校、登園先		はい / ~ °C いいえ	有・無 / ~	有・無 / ~	有 国名 () 無	有 () 無
才 通勤、登校、登園先		はい / ~ °C いいえ	有・無 / ~	有・無 / ~	有 国名 () 無	有 () 無
才 通勤、登校、登園先		はい / ~ °C いいえ	有・無 / ~	有・無 / ~	有 国名 () 無	有 () 無

担当Ns

介助Ns