

問診票 (成人/小児 再診用)

令和 年 月 日 記入

診察券番号：	お名前：				
生年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月 日生 才		
身長	cm	体重	kg	体温	℃

◇どのような症状・目的で来院されましたか？

- 発熱 鼻水 咳 痰 喉の痛み 耳を痛がる 息切れ 動悸
胸痛 嘔吐 腹痛 下痢 便秘 しびれ めまい 関節痛
排尿異常 体重減少 むくみ 倦怠感 発疹 不眠 花粉症
その他 () 検査希望()

◇いつからですか？

- 本日 昨日 __日前から __週間前から その他 (前から)

◇その他希望されることがありましたらお書きください。

()

新型コロナウイルス感染症対策にご協力ください

発熱症状 **あり・無し**
ありの場合 (月 日 から 最高体温 ℃ (月 日))

呼吸器症状 **あり・無し**

流行地域への渡航 **あり・無し**

味覚・嗅覚障害 **あり・無し**

まわりでの新型コロナウイルス感染症エピソード **あり・無し**

ありの場合 ()

車待機希望 **あり・無し** (車色 ナンバー)

*車待機を希望される場合、携帯番号 () をお知らせください。

診察時間になりましたら携帯電話にご連絡いたします。

保健所連絡 **あり・無し** ありの場合 (月 日)

その他・自由記載

()

