

初診の方の問診票

記入日 令和 年 月 日

ふりがな

お名前 男 生年
女 月日 平成・令和 年 月 日

〒 ご住所 年齢 歳 か月

お電話 () 体重 kg 体温 ℃

1. お困りの症状に○を付けてください。その症状はいつからですか？

- ・発熱（最高体温 ℃まで）
 一昨日 昨日 本日 その他 ()
- ・鼻汁 一昨日 昨日 本日 その他 ()
- ・咳 一昨日 昨日 本日 その他 ()
- ・ゼーゼー 一昨日 昨日 本日 その他 ()
- ・腹痛 一昨日 昨日 本日 その他 ()
- ・下痢 一昨日 昨日 本日 その他 ()
- ・嘔吐 一昨日 昨日 本日 その他 ()
- ・発疹 一昨日 昨日 本日 その他 ()
- ・その他 ()
 一昨日 昨日 本日 その他 ()

2. 内服中のお薬はありますか？ お薬手帳をお持ちの方は診察時にご提示ください。

- ・いいえ ・はい

3. ご家族に発熱や風邪症状のある方はおられますか？ また、園や学校で流行しているものはありますか？

- ・いいえ ・はい (本人との関係： 症状：)

4. 定期的に通院している（もしくは通院していた）ご病気や、入院歴などはありますか？

- ・いいえ ・はい ()

5. これまでにお薬や食べ物でアレルギー症状を起こしたことがありますか？

- ・いいえ ・はい (種類： いつ頃：)

6. 最近2週間以内にご家族を含めて、新型コロナウイルス感染症の発症者や濃厚接触者との接触、
新型コロナウイルス流行地域（都内や東葛地域など）への移動はありますか？

- ・いいえ ・はい ()

7. 本日の処方薬の受け取り希望薬局を教えてください。

- ・セイムスもねの里モール店（処方箋FAX可） ・ウェルシアもねの里店（処方箋FAX可） ・その他

8. その他に気になっていることがあればご記入ください。

