

# 問 診 票

※最近【はしか】と診断された方がいた：本人・家族・その他

※現在発疹がある

※妊娠中その可能性がある方も

上記の方は、先にお申し出ください

先にお申し出ください

ふりがな

◆お名前：

男・女

◆生年月日： 大正・昭和・平成・令和 年 月 日

〒

◆住 所：

◆電話番号 自宅： 携帯：

◆緊急連絡先（上記以外で親族・知人・勤務先等）

お名前： 続柄： 電話番号：

※お薬手帳・紹介状・検査/健診結果等お持ちでしたらお出してください

◆該当する項目に☑チェックを付けてください

通院中の 病院	<input type="checkbox"/> ある⇒ 病院名 . . . <input type="checkbox"/> ない . . .												
お薬・食品 のアレルギー	<input type="checkbox"/> ある⇒ 何で? . . . <input type="checkbox"/> ない . . .												
・既往歴 ・手術歴	<input type="checkbox"/> ある⇒ <table border="0"><tr><td>いつ・</td><td>いつ・</td></tr><tr><td>どこで・</td><td>どこで・</td></tr><tr><td>どんな・</td><td>どんな・</td></tr></table> <input type="checkbox"/> ない <table border="0"><tr><td>いつ・</td><td>いつ・</td></tr><tr><td>どこで・</td><td>どこで・</td></tr><tr><td>どんな・</td><td>どんな・</td></tr></table>	いつ・	いつ・	どこで・	どこで・	どんな・	どんな・	いつ・	いつ・	どこで・	どこで・	どんな・	どんな・
いつ・	いつ・												
どこで・	どこで・												
どんな・	どんな・												
いつ・	いつ・												
どこで・	どこで・												
どんな・	どんな・												

◆2週間以内にご本人・同居家族に37°C以上の発熱・コロナ・インフルエンザ  
胃腸炎等の感染症に罹った方はいませんか？

いつ： 誰： 症状：

◆当てはまる症状に○を付けてください

現在の体温： \_\_\_\_\_ °C

発熱 \_\_\_\_\_ °C ・風邪・腹痛・吐き気・嘔吐・下痢・便秘・胃の不調

肛門の⇒出血・痛み・腫れ・かゆみ

その他症状などはこちらへ↓

お付き添いの続柄：