R　　年　　月　　日

ふりなが
お名前：＿＿＿＿＿＿＿＿（男・女）生年月日：H・R　　年　　月　　日（　　歳　　ヶ月）連絡先＿＿＿＿＿＿（　　）

体重　　ｋｇ　※体重の測定は毎回お願い致します。　本日の体温　　度　※発熱で受診の方はご記入ください。

来院目的：□ 診察　□ 吸入希望　□ 鼻汁吸引希望　□ 検査結果　□検査希望（検査内容：　　）

お子様が通われている託児所・保育園・幼稚園・学校などをご記入下さい。
未就園児・聖愛園・淡路・西淡路＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿託児所・保育園・幼稚園・小学校・中学校・高校

例）1/1	7時　　38.2度

※どのようなことでお見えになりましたか？
発熱　：いつから（　　月　　日　　曜日から）※左の表にお書きください。熱計表をおもちの方はお見せ下さい。
頭痛　：いつから（　　月　　日　　曜日から）バットで殴られたように・しめつけられるように・ガンガン・チクチク
咽頭痛：いつから（　　月　　日　　曜日から）
鼻水　：いつから（　　月　　日　　曜日から）水鼻・青鼻・黄色鼻・鼻づまり
咳　　：いつから（　　月　　日　　曜日から）たん・せきこみ・ゼイゼイ・息苦しさ
発疹　：いつから（　　月　　日　　曜日から）部位＿＿＿＿＿＿かゆみ（あり・なし）
吐き気：いつから（　　月　　日　　曜日から）
嘔吐　：いつから（　　月　　日　　曜日から）１日　　回
下痢　：いつから（　　月　　日　　曜日から）１日　　回　便の色＿＿＿＿・血便（あり・なし）・（やわらかい・水のようだ）
　　最後の便はいつですか？（　　月　　日）、便の硬さ（かたい・ふつう・やわらかい・みずのようだ）
腹痛　：いつから（　　月　　日　　曜日から）
☆今日、ごはんをたべましたか？（はい・いいえ）　☆水分はとれていますか？（はい・いいえ）　☆眠れていますか？（はい・いいえ）
☆現在、または最近まで使用している薬がありますか？（はい・いいえ）
お薬手帳をお持ちの方はコピーさせていただいてよろしいですか？　（はい・いいえ）
病院名＿＿＿＿＿＿＿＿　薬の名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

☆そのほか気になること、聞いておきたいことがあればご記入ください。

再診用問診票	受診日　令和　　年　　月　　日
ご住所：〒 お電話番号　（　　）	
ふりがな お名前　　男・女　生年月日：　　年　月　日	

○印をつけてください。

1　新型コロナ感染症関連の質問です。発熱がある方はお答えください。

最近海外へ行かれましたか	**ある**	**なし**	新型コロナ感染症の方との接触	**ある**	**なし**
味や臭いの異常	**ある**	**なし**	強いだるさや、息苦しさ	**ある**	**なし**
保健センターへの連絡	**ある**	**なし**			

2．前回受診後からの症状と経過を詳しくお書きください。
　発熱がある方は右の熱計表をお書きください。

例）1/1	7:00 38.4°C