

職員記入欄	<input type="checkbox"/> クレ登録	<input type="checkbox"/> 窓口会計	KT	°C
<input type="checkbox"/> 保険証登録 (期限確認)	所沢市の中学3年生までは受給者証	ひとり親受給者証	Sat	%
心身障害者受給者証 (印鑑)	生活保護 (担当者名)			

ID: 問診票 日付 年 月 日

ふりがな 大正 昭和 平成 令和

氏名 _____ (男・女) _____ 年 月 日 (_____ 歳)

〒 _____ 15歳以下は必ず記入→体重 _____ kg

住所 _____ 携帯電話番号 _____

保護者氏名 _____ 続柄 _____ 緊急連絡先 _____

① 症状はいつからありますか？

② _____ 月 _____ 日から

(症状に○をお付けください)

頭痛 鼻水 味覚障害 のどの痛み
咳 吐き気 下痢 倦怠感 関節痛
発熱 (最高 _____ °C)

③ 12歳以上の方：コロナ治療薬を希望されますか？

はい いいえ

④ 治療中の疾患に○をして下さい。

COPD 腎臓病 高血圧 糖尿病 高脂血症 悪性腫瘍

⑤ 来院経路 徒歩・自転車・バイク 電車 車：色・ナンバー _____

⑥ 本日の受診内容でほかの病院にかかりましたか？

いいえ はい→病院名 _____

紹介状なし あり

⑦ 現在、お薬を内服していますか？

いいえ はい→お薬名 _____

お薬手帳なし あり

⑧ 薬のアレルギーはありますか？

いいえ はい→ _____

⑨ 女性のみ 妊娠中ですか？ いいえ はい (妊娠 _____ 週)

わからない

授乳中ですか？ いいえ はい

問診お疲れさまです。職員に記入が終わった旨お声掛けください。