

隔離室 Xp室 ベッド 問診票

氏名(かな)	男・女	年齢	歳
住所(初回・変更時のみ) 〒			
TEL	体重(中学生まで)		kg

今朝の体温()℃ 来院時検温()℃

1. 今日は どうされましたか？

- ・体調が悪い
- ・前回の続き(月 日来院)
- ・お薬が無くなった
- ・アレルギー科診察
- ・健診
- ・予防接種
- ・検査(血液検査、尿、便、その他)

2. どのような症状がありますか？

発熱 せき 鼻水 のど痛 嘔吐 下痢 腹痛 食欲低下
耳が痛い 湿疹 頭痛 その他()

その症状はいつからですか？

3. 当院以外でお薬は飲んでいますか？

はい() いいえ

4. 薬剤・食物のアレルギーはありますか？

はい() いいえ

5. 他にご相談がありましたらお書きください。

診察前 検査(スタッフが記入します)

・血圧	／	・CRP	・SpO2
・HbA1c			
・血糖値	／	(食後 時間)	・空腹時
・尿糖	／	(食後 時間)	／