

受付番号

# 休日当番医用 問診票

◎本日の来院手段に○をつけてください

徒歩 / 自転車 / 公共機関 / タクシー / 自家用車※

↓ ※自家用車の方は車のナンバー、お色、駐車場所もお知らせください ↓

[ 車のナンバー / 車のお色 ]

駐車場所にチェック入れてください

- クリニック専用駐車場(無料)  
 コインパーキング エコロパーク(利用証明書発行していただくと無料になります)  
 タイムズ,その他コインパーキング(患者様ご負担になります)

体温 : \_\_\_\_\_ °C

\*

体重 : \_\_\_\_\_ kg

▲保育園、学校等で流行っている病気 ( 無 / 有 ⇒ )

▲コロナ陽性者と接触 ( 無 / 有 ⇒ )

▲人混みへの外出 ( 無 / 有 ⇒ )

フリガナ

お名前 ( 男 ・ 女 )

西暦 年 ( ※ S ・ H ・ R 年 ) 月 日 ( 歳 ヶ月 )

住所 ( 〒 - )

電話番号(携帯)

電話番号(自宅)

① 本日の受診目的(あてはまる症状)に○をつけてください

※症状が始まった時期 : ( 月 日 時 分 ) 頃から

- ・発熱 ・鼻水 ・鼻詰まり ・咳 ・嘔吐 ・下痢 ・発疹 ・痛み( 頭 / 喉 / お腹 )  
・その他( )

② 現在治療中、又はかかったことのある病気があれば○をつけてください

- ・気管支喘息 ・川崎病 ・心臓病 ・腎臓病 ・熱性けいれん ・てんかん  
・その他( )

③ 薬や食べ物、予防接種でアレルギー症状がでたことはありますか？

( なし / あり ⇒ 起きた症状: )

④ 希望するお薬の形を1つ選択してください ⇒ ( シロップ / 粉 / 錠剤 )

他院処方のお薬がありましたら、診察時にお薬手帳をお渡しください。