

新患問診表

すず木こどもクリニック

～診察の参考になりますので、表裏両面、分かる範囲でご記入をお願いします。～

1. 名前 _____ 様 (男・女)

2. 生年月日 T・S・H・R 年 月 日 (歳 カ月)

3. 住所 〒 _____
都道府県 市区町村

4. 電話番号 ① ()-()-() 続柄()

② ()-()-() 続柄()

5. 体重(小学生以下の方) (kg)

6. 本日の受診についてお聞きます。

①当てはまるものに○をお願いします。

- ・食欲がない
- ・咳が出る
- ・腹痛がある
- ・下痢をしている
- いつから発熱しましたか?()
- ・熱がある(°C)
- ・鼻水が出る(色:)
- ・嘔吐した
- ・発疹がある
- ・血便が出る
- ・予防接種希望

②その症状は、いつからですか？

③その他の症状や御希望(例:血液検査、書類記入など)がありましたら、お書き下さい。

7. これまでに入院するような病気や慢性の病気はありますか？

なし あり ()

8. 薬剤アレルギーはありますか？

なし あり ()

9. 食物アレルギーはありますか？

なし あり ()

※おたふく、みずぼうそうなどの感染する病気が疑われる時は、来院時に受付にお申し出下さい。また、**食物アレルギーがある方は別途ご記入頂きたい書類**がございますので受付にお申し出ください。

新型コロナウイルス感染症対策のために、下記のアンケートへのご協力をお願いします。

すず木こどもクリニック

① 熱はありますか？

はい(月 日から) いいえ

② 咳は出ますか？

はい(月 日から) いいえ

③ 身体はだるいですか？(横になりたい 食事も摂りたくないなど)

はい(月 日から) いいえ

④ 息苦しさはありますか？(肩で息をしている)

はい(月 日から) いいえ

⑤ 味覚、嗅覚障害がありますか？

はい(月 日から) いいえ

⑥ 海外への渡航はありますか？

はい(月 日 ~ 月 日) いいえ

⑦ 1か月以内にコロナに感染した人や疑いのある人と接触した事がありますか？また、その可能性がありますか？

はい いいえ

⑧ 2週間以内に人混みへの出入りや、公共の交通機関を利用しましたか？

はい いいえ

⑨ 家庭内に、都内やコロナ流行地域に通勤、通学されている方はいますか？

はい いいえ
→「はい」の方へ…それはいつ頃ですか？(月 日)

⑩ 家庭内に発熱や咳の症状がある方はいますか？

はい(月 日から) いいえ