

来院日	年 月 日
お名前（漢字）	
お名前（フリガナ）	
生年月日	年 月 日
性別	
診察券番号	

【前回の続きで受診する方】

前回の続きとして診察をご希望の方への質問です。熱型表をお持ちの方は診察時にご提示下さい。

- ・今ある症状に○をして下さい。

ねつ せき 鼻水 ゼイゼイ 下痢 吐く ボツボツ その他（ ）

- ・痛みがあればその場所に○をして下さい。

頭 耳 喉 首 胸 腹 ふしぶし その他（ ）

- ・ご家族や同じクラスに診断された方がおり、症状からも疑われる感染症があれば○をして下さい。

インフルエンザ プール熱 みずぼうそう おたふくかぜ 百日咳  
新型コロナウイルス感染症

- ・以下のことは出来ていますか。（5:普段通り出来る～1:ほとんど出来ない）

笑う（5, 4, 3, 2, 1） 遊ぶ（5, 4, 3, 2, 1） 眠る（5, 4, 3, 2, 1）

食べる（5, 4, 3, 2, 1） 飲む（5, 4, 3, 2, 1）

- ・前回受診時にお薬を処方されていた方は、使用出来ていましたか。

おおむね出来ていた 時々出来ていなかった ほとんど出来ていなかった

ご記入頂き有難うございました。