

年 月 日
来院時の体温： _____℃
体重（小児のみ）： _____kg

問 診 表

当院では、患者様の安心・安全を守るためトリアージを行っております。
ご理解の程、よろしくお願い致します。

ふりがな

氏名： _____ 男/女 生年月日： T・S・H・R 年 月 日 (才)

電話番号（自宅）： _____

住所： 〒 _____ 携帯電話： _____

車 (No: _____ 色: _____) ・徒歩・公共機関

■ 次の症状に当てはまるものにチェックしてください。

- 2週間以内に熱があった いつ (_____) ~ (_____)℃
- 咳・咳き込みがある のどの痛みがある 鼻水がでる
- 体のだるさ、疲れがある 嘔吐・下痢などの腹部症状がある
- コロナウイルス疑い、または感染者との接触がある
- ・接触した方はどなたですか？：
- ・接触した日はいつですか？：
- 妊娠している（女性のみ） 授乳中（女性のみ）
- 今回の症状で他院を受診している（それはいつですか？： _____）
- PCR 検査を希望します
- 上記以外の症状がある方は記入してください

■ 薬・食物のアレルギーはありますか？ なし・あり (_____)

■ 今までにかかった病気や治療中の病気がありますか？（基礎疾患のある方もご記入ください）

■ 同居の方はおられますか？ はい・いいえ (_____)

 はいの方は同居家族を記入してください(例:父・母・子供3歳など)

※他院で処方がありお薬手帳をお持ちの方はご準備をお願いします

※具合が悪いようでしたら、受付までお申し付け下さい。

※裏面にも記入をお願いします



大本内科医院

この枠には記入しないでください。

処方：

SpO2: