



外来問診票



西暦 年 月 日

氏名 (ふりがな)

生年月日 西暦 年 月 日 性別 男・女

1. いつごろから、どのような症状がありますか？ 症状やご相談内容をお書きください。

2. 今回の症状で他の病院に行かれましたか？

(いいえ ・ はい 医院・何と言われたのか)

3. 同居しているご家族に同じような症状の方はおられますか？

(いいえ ・ はい)

4. 保育園・学校に同じような症状の人はいますか？ (いいえ ・ はい)

5. これまでけいれんやぜんそく発作を起こした、あるいは医者から指摘されたことはありますか？

(いいえ ・ はい)

6. これまで大きな病気になったことはありますか？ (なし・あり 病院)

7. 入院検査治療されたことはありますか？ (なし・あり 病院)

8. 食べ物や薬にアレルギーはありますか？ (なし ・ あり)

9. 検査は希望されますか？

(いいえ ・ おまかせ ・ はい)

希望の検査に○→病原体迅速診断 採血 レントゲン 皮膚テスト 呼吸機能検査

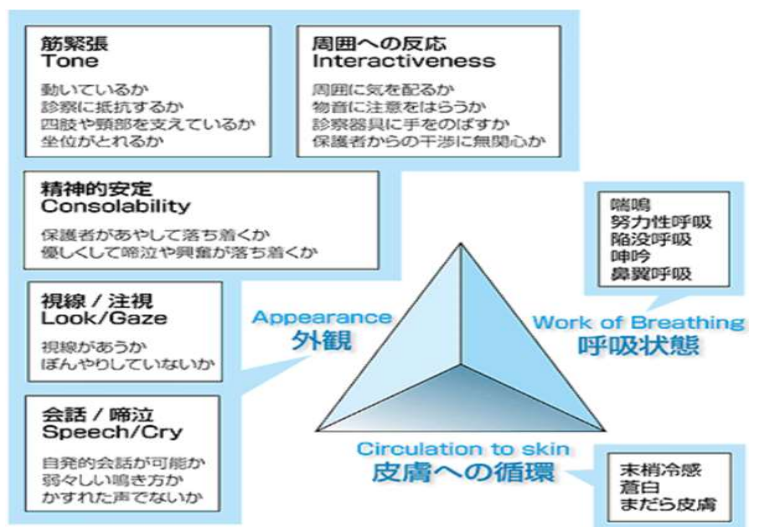
10. 薬は、どの形状を希望しますか？ (おまかせ ・ 水薬 ・ 粉薬 ・ 錠剤 ・ 座薬)

スタッフ記載欄 トリアージ区分 (緑・黄・赤・黒)

体重 身長 体温 HR SpO2 RR BP /

かかりつけ医 (当院・)

保育所・幼稚園・小学校 ()



お疲れさまでした

