

問 診 票

平成 年 月 日

ふりがな

お名前 _____

生年月日 昭・平 年 月 日

_____ 歳 _____ ヶ月 性別 男・女 体重 _____ kg

本日はどのような症状で来院されましたか？あてはまる項目に✓をつけて下さい。

発熱 _____ 月 _____ 日から 最高 _____ °C

咳 _____ 月 _____ 日から

たん ゼエゼエ その他 (_____)

鼻水 _____ 月 _____ 日から 水鼻 青鼻 鼻づまり

痛み _____ 月 _____ 日から

頭 のど おなか 耳 その他 (_____)

吐く _____ 月 _____ 日 _____ 時頃から _____ 回

下痢 _____ 月 _____ 日から 1日 _____ 回

発疹 _____ 月 _____ 日から

頭・顔 首 胸・おなか・背中 手・足 おしり

その他の症状

現在、他の医療機関を受診していますか？ はい いいえ

現在、薬を処方されていますか？ はい いいえ

薬の名前 _____