

# 問診票

記入年月日 年 月 日

フリガナ		男 女	生年月日	年 月 日
お名前				( )歳( )か月
			最近の体重	kg・g
ご住所			電話番号	( )

◆本日はどのようなことで来院されましたか。下記の項目に○をつけてください。

発熱(最高 . °C) ・ 咳 ・ のどの痛み ・ 鼻水 ・ 発疹 ・ 吐き気/嘔吐 ・ 腹痛 ・ 頭痛  
その他( )

◆症状はいつから始まりましたか。

[ ]

◆周囲で流行している病気はありますか。

なし・あり( )

◆これまで入院されたことがありますか。また、現在治療中の慢性疾患がありますか。

なし・あり( )

◆ご家族に同じ症状の方はいますか

なし・あり( )

◆アレルギー(薬・食事・そのほか)はありますか。

なし・あり(薬品・食品名などおよび症状 )

◆現在、他院で処方されている薬はありますか。

なし・あり( )

◆内服薬の希望をお聞きします。(薬剤によって希望に添えない場合があります。)

シロップがよい ・ 粉薬がよい ・ どちらでもよい

◆そのほか、お尋ねになりたいことなどを、自由にご記入ください。