

問診票(初診)

受診日: _____ 年 月 日

(フリガナ)

お名前:(_____)、体温(.)°C

↑ 来院時体温計お渡しいたします

性別:(男 ・ 女)

生年月日: _____ 年 月 日

住所:〒 _____

電話番号: _____

携帯番号 _____ (母 ・ 父 ・ 祖母 ・ 祖父 ・ その他)

連絡のとれる

Q1.本日はどうされましたか？ ○をお付けください。

発熱(最高で _____ 度) 頭痛 のどが痛い 鼻汁(透明、白、黄色)
せき(乾いたせき・たんがらみ / 一日中・夜多い・明け方多い)
ゼイゼイ 息が苦しい 眠れない 下痢 おう吐 腹痛
ご飯が食べられない 水分がとれない 発疹
その他(_____)

Q2.その症状はいつごろからですか？

(_____)

Q3.いままでかかったことのあるご病気、または生まれつきのご病気はありますか？

(_____)

Q4.食べ物やお薬にアレルギーはありますか？

(_____)

Q5.現在内服中のお薬がありましたらお教えてください。

お薬手帳をお持ちの方は、診察の際に見せていただければ結構です。

(_____)

※ご記入が終わりましたら、受付にお渡しください

