

問診票(初診)

受診日;平成 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;平成 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

