

## 問 診 票

フリガナ

【氏名】 \_\_\_\_\_ 【生年月日】 平成 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 (満 \_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_ か月)

【現在の体重】 \_\_\_\_\_ kg

1. いつからどのような症状でお困りですか。具体的にお答え下さい。

●いつから? \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_ 日前) \_\_\_\_ 時頃～

●どのような症状ですか? あてはまる症状の□にチェックを入れてください。

- 発熱 ・ 咳 ・ 鼻水 ・ 鼻づまり ・ 嘔吐 ・ 吐き気 ・ 頭痛 ・ 喉痛  
下痢 ・ 腹痛 ・ 湿疹 ・ 関節痛 ・  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

2. お薬のアレルギーはありますか?

なし ・ あり (薬の名前: \_\_\_\_\_)

3. ほかに健康について気になることがあればお書きください。

ご記入有難うございました。受付にご提出ください。