

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。