



問診票



記入日 年 月 日

名前（カタカナ） _____	生年月日 平成 年 月 日
体重 . kg	アレルギー有（ ） 無

現在内服中のお薬はありますか	はい（ ）・いいえ
周囲で流行の病気はありますか	保育園・幼稚園・学校・家庭内 はい（ ）・いいえ
お薬の形態の希望順位を記入して下さい （可能な範囲で対応します）	シロップ（ ） 散剤（ ） 坐薬（ ） 錠剤（ ）
鼻吸いを希望しますか	はい ・ いいえ ・ お任せ

本日はどのような主訴で来院しましたか

発熱 月 日 時から（最高 . 度）	解熱 月 日 時～
咳 月 日～	鼻水 月 日～
喀痰 月 日～	喘鳴 月 日～
頭痛 月 日～	咽頭痛 月 日～
嘔吐 月 日～ 回	下痢 月 日～ 回
腹痛 月 日～	発疹 月 日～
その他（ _____ ）	月 日～

受付番号（受付時に記入します）