

# 問診票

記入日 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日	年齢	歳
氏名			大・昭・平・令	年	月
住所	〒				
電話番号	(携帯)	(自宅)			

本日は何科の診察をご希望ですか？  小児科  皮膚科  耳鼻咽喉科

本日はどうなさいましたか？

症状はいつ頃からありますか？

現在の体温  °C

最近熱が出たことがありましたか？  いつ 月 日  °C

過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか？

現在、治療中の病気はありますか？

現在、飲んでいるお薬はありますか？

お薬・食べ物のアレルギーはありますか？

なし  あり (  )