

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？ なし あり (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？ なし あり

現在、治療中の病気はありますか？ なし あり

現在、飲んでいるお薬はありますか？

なし

あり ⇒ お薬手帳はお持ちですか？ お持ちでない場合はご記入下さい。

お薬・食べ物のアレルギーはありますか？ なし あり