

問診票

令和 年 月 日

1. ふりがな {
お名前 {
生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 才
性別 男・女

2. ご住所 (〒 -)

[]

電話番号 (- -) (- -)

5. 15歳までのお子様のみ 体重()kg

6. 症状は

- ・いつ頃から() 体温()℃
- ・どんな症状ですか

[]

7. 他の医療機関で診察を受けていますか? はい・いいえ

8. 薬を飲みましたか? はい・いいえ

「はい」とお答えの方 市販の薬 {
病院処方 {

9. 大きな病気や入院をしたことがあったり、現在治療を受けていますか? はい・いいえ

「はい」とお答えの方 病名 {
お薬の名前 {

10. アレルギーはありますか? はい・いいえ

「はい」とお答えの方 種類(薬・食べ物・花粉症・ぜんそく・アトピー)
内容 {

11. その他、医師に伝えておきたいことがあればお書きください。

[]

12. ご紹介者様(差し支えなければお教えてください) {

}