



問診票

※医療機関記入
年 月 日

※
才

1. ふりがな {
お名前 {
生年月日 {
性別 {

大正・昭和・平成・令和 年 月 日
男・女

2. ご住所 (〒 -)

[]

電話番号 (- -) (- -)

3. 15歳までのお子様のみ

体重()kg
希望剤型 (錠・顆粒・シロップ)

4. 症状は

・いつ頃から() 体温()℃

・どんな症状ですか?

- ・だるさ ・頭痛 ・咽頭痛 ・咳 ・鼻水 ・鼻づまり ・痰 ・息苦しさ ・ぜいぜい
・腹痛 ・吐き気 ・嘔吐 ・食欲不振 ・下痢 ・便秘
・その他の症状

5. 他の医療機関で診察を受けていますか? はい(医療機関名)・いいえ

6. 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 {

7. 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 {

8. 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・その他)
内容 []

9. 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。

[]

10. ご紹介者様(差し支えなければお教えてください) []