

問 診 票

(年 月 日)

ふりがな		性別	生年月日		
名 前		男・女	昭和 平成 令和	年 月 日 (才)	

体重: _____ kg (いつ頃: _____)

来院時体温: _____ °C

・どうされましたか (〇をつけてください)

発熱 (最高時 _____ °C) のどの痛み 咳 ぜいぜい

鼻水 鼻づまり 頭痛 腹痛 嘔吐 下痢 便秘

皮ふ (赤み ・ ぶつぶつ ・ 乾燥) (場所: _____)

痛いところがある (場所: _____)

夜尿症の相談 おしっこの相談 身長伸びについての相談

その他 (_____)

*症状はいつからですか (_____) から

・周囲で流行している病気 (_____)

・飲んでいるお薬はありますか: なし ・ あり (薬剤名: _____ 病院名: _____)

・その他に心配なこと、相談したいことはありますか

ご記入ありがとうございました。