

# 問 診 表

記入年月日 年 月 日

フリガナ				生 年 月 日		
氏 名				明・大 昭・平	年 月 日	
電 話	( )	年 齡	才	性 別	男・女	
住 所	〒 -					

● 今日はどうしましたか 体温 ( )℃

● その症状はいつからですか？

( ) 時間前から、( ) 日前から、( ) 年前から

● 薬や食べ物に対するアレルギーはありますか

はい 薬・食べ物( )

いいえ

● 今までに大きな病気にかかった事がありますか

はい 病名( )

いいえ

● 現在、薬を飲んでいますか

はい

いいえ

● お子様のみ 体重( )kg

● 薬は院外でよろしいですか？

はい

いいえ