

えとうクリニック問診表

フリガナ				
お名前			性別	男・女
生年月日	M T S H	年	月	日 ()歳
〒				
住所				
TEL				

* 今日どのような症状で来院されましたか？ 体温 ()°C

* 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

* 今までに何か大きな病気はされましたか？ (はい・いいえ)

* 現在何かお薬を飲んでおられますか？ (はい・いいえ)

* アレルギーはありますか？ (はい・いいえ)

お薬名 食べ物

* 女性の方にお聞きします。

現在妊娠しておられますか？ (はい・いいえ・わからない)

* お子様のみ

体重 ()kg
