

# 問診票

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ (男・女) 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住所 〒 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

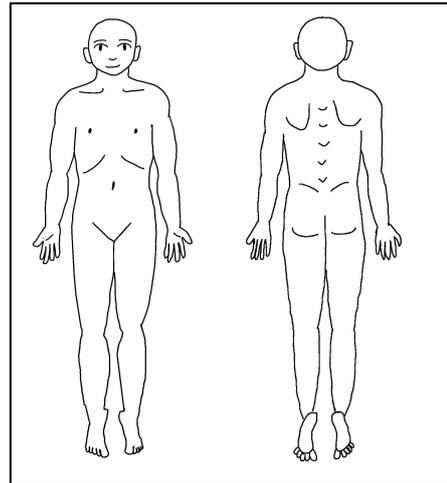
\_\_\_\_\_ 携帯 \_\_\_\_\_

風邪症状 有 ・ 無 体温 \_\_\_\_\_

※13歳未満または40kg以下の方は体重を御記載ください。

体重 \_\_\_\_\_ Kg

1. 今日はどうされましたか  
( \_\_\_\_\_ )
2. いつから症状がありますか  
( \_\_\_\_\_ )
3. 症状の部位はどこですか  
( \_\_\_\_\_ )
4. このことで他の病院に行かれましたか  
いいえ ・ はい  
処方された薬 ( \_\_\_\_\_ )
5. 現在治療中の病気はありますか  
いいえ ・ はい  
病名 ( \_\_\_\_\_ )  
処方されている薬 ( \_\_\_\_\_ )
6. 体に合わない薬がありますか  
いいえ ・ はい ( \_\_\_\_\_ )
7. 妊娠中、授乳中ですか  
いいえ ・ はい



・お薬手帳を持参してください。