

『 問診表(初めての方)

本日の体温 () 度

』
ふりがな () 年齢 () 歳 () か月

氏名 () 男・女 体重 () kg

生年月日：S・H・R 年 月 日

郵便番号： -

住 所： _____

電話番号：自宅 _____

携帯 _____ 父・母・その他 ()

【症状】 ○や△を付け、始まった日などを空所に自由に記載してください。

発熱 ・ 頭痛 ・ 耳痛

咳 ・ 痰 ・ ゼーゼー ・ のど痛 ・ 呼吸困難

鼻水 ・ くしゃみ ・ 鼻づまり ・ 目やに

吐き気 ・ 嘔吐 ・ 下痢 ・ 腹痛 ・ 便秘

肌 (乾燥/痒み/湿疹/発疹) ・ 蕁麻疹

【その他】

解熱剤 要 ・ 不要
(複数選択可) 坐 ・ 散 ・ 錠

【今回の症状で他院を受診されましたか】

はい → お薬手帳をお持ちの方は準備して下さい

いいえ

【現在、連用中の薬がありますか】

はい → お薬手帳をお持ちの方は準備して下さい

いいえ

【アレルギーや使用できないものはありますか】

はい → 薬 :

食べ物 :

疾患 : アトピー性皮膚炎 ・ 気管支喘息 ・ アレルギー性結膜炎

アレルギー性鼻炎 ・ 花粉症

いいえ

【いままでに大きな病気をしたことがありますか】

はい →

いいえ