

# 問診票

(おわかりになる範囲で結構です)

記入年月日： 年 月 日

ふりがな		年齢	歳 か月
お名前		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
体温	℃	体重	kg <input type="checkbox"/> 不明

1. 本日はどのようなことで受診されましたか？ をつけてください。

心配な症状がある (→下の2~6に記入をお願いします)

前回外来の続き (前回受診日： 月 日)

いつもの薬の続き

検査結果説明

治癒証明書希望

2. 本日一番ご心配な症状は何ですか？

3. その症状はいつからですか？

\_\_\_月\_\_\_日

4. その症状に対して何かお薬を飲んでいますか？

あり ( ) ・ なし

5. 他に気になる症状はありますか？

あり ( ) ・ なし

6. まわりで流行っている病気はありますか？

あり ( ) ・ なし

●お薬についてご希望がある方は、をつけてください。

お薬が処方される場合、シロップ こなぐすり 錠剤

お薬は1日2回 (朝・夕) を希望

解熱剤の処方、坐薬 こなぐすり 錠剤

※ご希望に添えない場合もございます。ご了承ください。

●ついでにお聞きになりたいことや、何か伝えておきたいことがございましたら、遠慮なく記入してください。