

問 診 票

フリガナ お名前	性別	男	女
生年月日	年齢	歳	
体重	Kg	現在の体温	℃

1. どうなさいましたか？（症状を○で囲んでください。）

発熱がある・あった（	日	℃）	お腹が痛い
ひきつけをおこす	便秘		
咳が出る	発疹が出た (肌がかさかさ・湿疹・水泡がある)		
ゼーゼーする	食欲がない		
鼻水が出る・鼻づまり	くしゃみが出る		
のどが痛い	頭痛がする		
吐き気・嘔吐した	目やに・目が痒い		
下痢をしている・血便が出た	継続のお薬希望		
再診・その他（	）		
予防接種			

2. 今までにかかった大きな病気はありますか？ 無し

--

3. 薬や食物でアレルギーになったことはありますか？ 無し

--

4. 当医院で出ているお薬以外で、飲んでいる薬はありますか？ 無し

--

5. いつも行く調剤薬局はありますか？ 無し

薬局
