



# 問診表



※再診の方は太枠内だけで結構です。

ふりがな		来院時の体温	°C
お名前	男・女	体重	k g
生年月日	西暦・平成 年 月 日	年齢	歳 ヶ月

1.本日はどうされましたか？

発熱・せき・鼻汁・嘔吐・下痢・腹痛・その他（○を付けて下さい。）

2.その症状はいつ頃からありますか？

3.今回の症状で、他の医療機関を受診していますか？ いいえ はい

①・②は はい とお答えされた方のみで結構です。

①それはいつ頃ですか？

②お薬手帳などあれば提示して下さい。

お持ちでなければ、処方されたお薬を分かる範囲でお書きください。

4.今までに食べ物でアレルギーはありますか？

ない ある（食品名） ・ わからない

5.今までに薬に対するアレルギーはありますか？

ない ある（薬品名） ・ わからない

6.今までに予防接種をした後に調子が悪くなったことがありますか？

ない ある（ワクチン名） ・ わからない

7.心配なこと・聞いておきたいことがあれば、自由にご記入して下さい。

8.処方するお薬の種類で希望はありますか？

飲み薬；粉・液体・錠剤 解熱剤；粉・液体・坐剤 相談したい。○を付けて下さい。