

年 月 日

問診票

風邪症状の方：現在の体温 ℃

当院に本日初診の方、もしくは住所などに変更のある方は太枠内の全てをご記入ください。 そうでない方はお名前のみで結構です。症状から先をご記入ください。			
フリガナ		生年月日	西暦 年 月 日
お名前		性別・年齢	男・女 ()歳 13歳以下は体重 () Kg
住所 !現在の生活場所	〒		
携帯番号 (固定電話)			

本日はどうされましたか？

症状はいつからですか？

風邪症状の方は、該当する症状に○をしてください。	
・発熱 ・せき ・たん ・のどの痛み ・鼻汁 ・だるさ ・頭痛 ・関節痛	
・腹痛 ・胃痛 ・下痢 ・吐き気 ・おう吐 ・食欲不振	
・その他 ())

何らかのアレルギーをお持ちですか？
・なし ・あり ()

何らかの持病をお持ちですか？	妊娠中・授乳中の方は下記へご記入ください。
・なし ・あり ()	

内服中のお薬がある方はご記入ください