年　　月　　日

問　診　票

お名前(　　)

(満　　才)

下記の項目について記入、または〇で囲んでください。

１、本日はどうなさいましたか？

熱がある(　　度)　　むかつく　　吐く　　食欲がない　　頭痛
たん　　関節の痛み　　せき　　下痢　　のどの痛み　　のどがかれる
鼻水　　鼻がつまる　　くしゃみ
(インフルエンザの時期)　インフルエンザの人が周りにいましたか？
家族・クラス・学校・その他(　　)

お子様は体重を記入してください Kg

２、症状はいつからですか？

３、今までにかかった、または現在治療中の病気はありますか？

ある　・　ない

４、現在飲まれているお薬、市販薬、サプリメントはありますか？

※お薬手帳等をお持ちでしたら、お見せください。

ある　・　ない

５、お薬や食べ物でアレルギーが出たことはありますか？

ある　・　ない

６、(女性の方のみ)　現在、妊娠中もしくは授乳中ですか？

はい　・　いいえ