



問 診 票      平成      年      月      日


ふりがな お名前 _____	性別：      男      ・      女
生年月日    昭和・平成      年      月      日	(      歳      か月)

身長	cm	体重	g	体温	℃
----	----	----	---	----	---


 本日はどのような症状で来院されたか、お書きください

 症状の経過をお書きください

発熱	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	最高(      )℃	いつから(      )～
咳	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	いつから(      )～	
鼻水	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	いつから(      )～	
嘔吐	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	最高(      )回	いつから(      )～
下痢	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	いつから(      )～	
発疹	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	いつから(      )～	
その他	(      )			

 今日の様子はいかがですか？

機嫌は？	<input type="checkbox"/> ぐったりしている	<input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> まあまあ	<input type="checkbox"/> 普通
食欲は？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> まあまあ	<input type="checkbox"/> 普通	

 現在、服用中の薬はありますか？

はい (お薬の名前：      )       ない

\*ご心配な事がありましたら何でもご記入ください

前回来院時から住所や連絡先が変わった場合は、受付へお知らせください。

保険証預かり      あり      なし

返却サイン \_\_\_\_\_

