

# 問診票

<患者カルテ No.

>

★診察券をお持ちの患者様は、問診のみご記入ください。

ふりがな お名前	性別 男・女
生年月日 <sup>S・H</sup> R	年 月 日 ( 歳 ヶ月)
ご住所 〒	
電話番号	携帯電話

## 【 問診 】

- アレルギー : なし・あり ( )
- 体重 :            kg
- 症状 : 発熱・せき・鼻水・頭痛・嘔吐・下痢・便秘  
          けが・やけど  
          その他 ( )
- その症状はいつ頃からですか? ( )
- 直近の体温 :            °C            ● 最高度の体温 :            °C
- 発疹 (ぶつぶつ) : なし・あり
- 今までにかかったことのある大きな病気 ( )
- お薬の希望を教えてください。  
内服薬 : 粉薬・シロップ・錠剤  
解熱・鎮痛剤 : 粉薬・シロップ・錠剤・坐薬

---

★かかりつけ医 :