



カルテNo.

--	--	--

問診票

平成 年 月 日

ふりがな 〒
☆お名前 ☆住所

☆生年月日 平成 年 月 日 ☆性別 男・女 ☆体重 kg

☆電話番号 () - 携帯 () -

☆一週間以内に当院で予防接種の予定はありますか? はい・いいえ (月 日)

通っている学校 保育園・幼稚園・小学校・中学校・なし

今回はどのような理由で来院されましたか? 受診した主な理由に をお願いします。

- 熱 (月 日から、 °C) 今は °C
- 咳 (月 日から) 鼻水・鼻づまり (月 日)
- 痛み (月 日から) (頭・のど・おなか・その他)
- おう吐 (日から 回数) 下痢 (日から 回数)
- 発疹 (場所) その他の症状 ()

※現在、他の医療機関を受診していますか? はい・いいえ

※現在、他院でお薬を処方されていますか? はい・いいえ

☆お薬の希望は? (錠剤・粉・シロップ)

☆今までに大きな病気にかかったことはありますか? はい・いいえ

それをフォローしている病院はありますか? はい・いいえ (病院名)

その為に飲んでいるお薬はありますか? はい・いいえ (お薬の名前)

☆食物・薬品のアレルギーはありますか? はい・いいえ (品名)

☆その他伝えておきたいこと