

問診票

(再診の方も毎回ご記入をお願いします)

お名前 _____ 性別 男・女

年齢 _____ 歳 _____ ヶ月

体重 _____ kg (※体重によって薬の量が変わります)

体温 _____ ℃

本日はどのようなご症状で来院されましたか

(いつ頃から: _____ 前)

同じご症状で他の病院を受診しましたか

いいえ はい

現在、服用しているお薬はありますか

ない ある →お薬手帳をそえるかお薬のなまえをご記入下さい(_____)

周囲で流行しているものはありますか

ない ある →疾患名: _____

感染者との接触はありますか

ない ある →いつ: _____ 頃、誰と: _____、疾患名: _____

※発疹や耳の下の腫れなどのご症状がある方は、必ず受付にお声がけ下さい

☆定期的に処方しているお薬をご希望の方は、薬の名前・何日分希望かを記入して下さい。

(風邪薬等は診察が必要です。)

☆不在だった場合は順番が遅れることがありますので、席を外される等ありましたら受付までお声がけ下さい。

☆問診票のご記入が完了しましたら、受付までお渡し下さい。