

問診票

令和 年 月 日

(カナ)

氏名 (漢字) :

年齢 : 歳 ヶ月

生年月日 : 平成・令和 年 月 日

性別 : (男 ・ 女)

住所 : 〒

電話番号 :

① 一番気になる症状を選んでください (複数可)

- ☐ 発熱 ☐ 咳 ☐ 鼻水・鼻づまり ☐ 嘔吐 ☐ 下痢 ☐ 腹痛
☐ 皮膚トラブル・発疹 ☐ 喘息・アレルギー ☐ 便秘
☐ その他 ()

② いつ頃から症状がありますか？

③ 現在、内服している薬はありますか？ (分かる範囲でご記載ください)

- ☐ なし ☐ あり

④ 基礎疾患や、入院するような病気にかかったことはありますか？

- ☐ なし ☐ あり

⑤ ご家族の中で、同じような症状の方はいますか？

- ☐ なし ☐ あり

⑥ 保育園・幼稚園・学校で流行している病気はありますか？

- ☐ なし ☐ あり

⑦ 薬や食べ物のアレルギーはありますか？

- ☐ なし ☐ あり

⑧ 身長・体重が分かればご記入ください

身長 : cm 体重 : kg

⑨ その他、気になることがあればご記入ください

- ☐ なし ☐ あり