

# 問診票

年 月 日

フリガナ	生年月日		
氏名	男・女	H · R	年 月 日 ( 才 カ月)
体温	、	℃	体重 k g
※当院にも体重計はあります。			
いつから、どのような症状ですか？			
なかでも、1番困っている症状は何ですか？ ( )			
周りで流行しているものがあれば記入してください ( )			
薬や食べ物でアレルギーはありますか？			
無 ・ 有 → 具体的にお書きください ( )			
解熱剤はお持ちですか？			
有 ・ 無 → 解熱剤の形態の希望があれば○をつけて下さい			
坐薬 ・ 飲み薬			
お薬の形態はどうされますか？ →シロップ ( ) 粉末 ( ) 錠剤 ( )			
※薬によってご希望に添えないものもあります			

★他院のお薬を飲んでいる方は、受付にお薬手帳をお出してください

鬼海小児科