

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	、	°C	体重 k g
※体重は院内にある体重計で測定した値をご記入ください			
いつから、どのような症状ですか？（前回から続きの方は続きからお書きください）			
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（ ）			
通っている保育園・幼稚園・学校名（ ）			
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（ ）			
解熱剤は必要ですか？			
いない ・ いる → 処方時の解熱剤の形態の希望に○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			

★お薬手帳をお持ちの方は受付にお出しください

鬼海小児科