

《問診票》

氏名 _____ カルテNo. _____ 受付No. _____

体重 kg ※小学生まで

症状についてお聞きいたします<症状のある部位にレ印をつけてください>

内科疾患

- ・血圧 () / ()
- ・糖尿
- ・心疾患
- ・腎臓
- ・肝臓
- ・その他 ()

風邪症状

- ・発症時期 _____ 頃
- ・発熱 ()日前
- ・昨日 ()時頃 度 分
- ・今現在 度 分
- ・頭痛
- ・胃痛
- ・腹痛
- ・下痢
- ・咳
- ・鼻水
- ・その他の症状 ()

皮膚症状

- ・発症時期 _____ 頃
- ・部位(頭・顔・身体・手・足)
- ・症状 ()

その他

()

薬の副作用は 有・無 (薬剤名)

既往歴は (高血圧・糖尿・肝臓・腎臓・心臓・その他 ()

現在他の病院にかかっていますか： はい ・いいえ

有難うございました受付にお出しください。