

問 診 票

_____年____月____日記入

御記入いただいた方のお名前_____続柄（ ）

御本人のお名前^{ふりがな}_____男・女 S.H. _____年____月____日生
R

1. 今日はどうされましたか？

いつ頃からどのような症状がありましたか？

（例：何月何日から熱が何度，何月何日から咳，何月何日から下痢など）

2. 今回の病気について他の病院でみてもらったり、市販のお薬を使ったり
しましたか？

もし使ったお薬の名前がわかりましたらお書きください。

_____病院，クリニック

薬 _____， _____， _____

市販薬 _____

3. 今回の病気になってから点滴，注射などの処置を受けましたか？

いいえ，はい（いつ，どこで，どんな処置を受けた）

4. 他の病気でもいつも飲んでいるお薬はありますか？

いいえ，はい（病医院名，病名，薬の名前）

5. お薬の好みはありますか？

ない，ある（苦手なもの）

6. お子さんについて今心配なことをお書きください。