

問診票

月 日

※

受付時間：
予約時間：

※医療機関記入欄

おなまえ(ひらがなでお願いします)

様

歳

か月

体重： _____ k g

体温： _____ °C

(_____) 保育園・幼稚園・小学校・中学校

☆今日はどの様なことで来院されましたか？○で囲んでください。

- ・発熱(いつから? 月 日 時頃~)
- ・咳(月 日~)・鼻水(日前~)・嘔吐(月 日~ 回/日)
- ・下痢(月 日~ 回/日)・腹痛(月 日~)・のどの痛み(月 日~)
- ・頭痛(月 日~)・血便(月 日~)・発疹(月 日~)

☆その他

☆お薬の希望を○で囲んでください。

シロップ・粉・錠剤・カプセル