

# 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