

《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てください。