

予約 ( : )  
 来院 ( : )

## 問 診 票

日付

診察・予防接種・健診・その他 ( )

お熱

Body Temperature

No.	カルテNo	年齢
-----	-------	----

フリガナ		男 ・ 女	Male ・ Female	明・大・昭・平
氏名 name				Date of birth 年 月 日
住所 Address	〒 —			
自宅☎ Phone		携帯☎		

1	具合が悪いのはいつからですか？	
2	鼻水（はなみず）はでますか？	はい ・ いいえ
3	せきはでますか？	はい ・ いいえ
4	のどの痛みはありますか？	はい ・ いいえ
5	嘔吐、吐き気はありますか？	はい ・ いいえ
6	下痢はしていますか？	はい ・ いいえ
7	腹痛はありますか？	はい ・ いいえ
8	食欲はありますか？	はい ・ いいえ
9	便秘していますか？	はい ・ いいえ
10	発疹はありますか？	はい ・ いいえ
11	今までに薬や食べ物でアレルギーをおこしたことがありますか？ 「はい」の方、わかれば薬・食べ物の名前 ( )	はい ・ いいえ
12	【ご婦人の方に】 現在、妊娠している可能性がありますか	はい ・ いいえ
13	その他の症状やお気付きの点がありましたらご記入ください	