

令和 年 月 日

## — 問診票 —

○下記質問にお答えください。(記入後は受付にお越しください。)

(ふりがな)

氏名： (男・女)

住所：

電話：

生年月日： H・R 年 月 日 ( 歳)

体重： \_\_\_\_\_ Kg 体温(現在)： \_\_\_\_\_ °C

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか？

いつ頃から ( )

どんな症状ですか ( )

2. 今までに大きな病気にかかったことはありますか？

( はい ・ いいえ )

「はい」とお答えになった方は病名をお書きください。

( )

3. 今までに食べ物や薬でアレルギーを起こしたことはありますか？

( はい ・ いいえ )

「はい」とお答えになった方は対象となる食べ物や薬名をお書きください。

薬・・・( )

食べ物・・・( )

ご協力ありがとうございました。

準備ができましたら呼びいたしますので、もう少しお待ちください。



もろ小児科医院