

## 問診票

平成 年 月 日

ふりがな

お名前 \_\_\_\_\_

生年月日 昭・平 年 月 日 性別 (男・女)

★保険証の変更 (なし・あり)

★1ヶ月以内に予防接種の予約(なし・あり 月 日:ワクチン名 \_\_\_\_\_)

### 今回はどのような理由で来院されましたか？

受診した主な理由に☑をお願いいたします。

前回の続き (症状が残っている場合は下にも☑をお願いいたします。)

熱 ( 月 日から、 °C) 今は °C

咳 ( 月 日から)

鼻水 ( 月 日から)

痛み ( 月 日から)

( 頭・のど・おなか・耳・その他 \_\_\_\_\_ )

おう吐 ( 月 日から)

下痢 ( 月 日から)

発疹 (部位 \_\_\_\_\_ )

その他の症状 \_\_\_\_\_

● 現在、他の医療機関を受診していますか？ ( いいえ・はい )

● 現在、他院で薬を処方されていますか？ ( いいえ・はい )

谷口小児科医院