

(NO. )



# 問 診 表

診療所使用欄

お名前	ふりがな	生年月日	
		(明・大・昭・平)	年 月 日
保護者			
住所	〒 (      -      )		TEL :

❀お薬手帳をお持ちの方は受付にご提出ください。 あり・なし・忘・作

本日はどうなさいましたか。具体的に		(体温      °C)
およそいつからですか？		
日前から		週間前から      他
上記の症状で他の医療機関の受診をされましたか？		
いいえ	はい	医療機関名
今まで大きな病気・ケガあるいは現在治療中の病気がありますか？		
なし	あり	どんな病気・ケガでしたか？
		いつ頃
		現在治療中の場合は医療機関
現在飲まれているお薬はありますか？		
なし	あり	どんなお薬ですか？(お薬手帳をご提示いただく場合は不要です)
今までアレルギー・特異体質と言われたことがありますか？		
なし	あり	薬
		食品
		その他