問診票（16歳以上）

受付票の番号をご記入頂き、
受付票はお手元にお持ち下さい。
5番前の番号が表示された時は、
院内でお待ち下さい。

番

ふりがな
氏名

＊現在、他院へ通院されていますか？　（　　）
＊他院で服用されているお薬があれば記入、又は、お薬手帳を提出して下さい。
病院名（　　）
薬品名
＊体重　　kg
＊飲めるお薬の種類　□粉薬　□錠剤
＊発熱はありますか？
ある場合　　日　　時頃～　　℃　本日の最高　　℃
＊熱さましのお薬は希望されますか？　□はい　□いいえ
＊下記の該当する項目に☑をお願いします。カッコ内に症状の始まった（月/日）
□咳　□痰　□のどの痛み　□鼻水　□鼻づまり
（　/　）（　/　）（　/　）（　/　）（　/　）
□くしゃみ　□頭痛　□腹痛　□吐き気　□発しん
（　/　）（　/　）（　/　）（　/　）（　/　）
□嘔吐（本日　回）　□下痢（本日　回）
（　/　）　（　/　）
＊女性の方に
最終月経開始日　（　/　）
現在、妊娠されていますか？　□はい　□いいえ
はいの方へ　何週目ですか？　　週
＊その他、上記以外の症状があればご記入下さい。

（　　）

本郷小児科医院