

問診票

診察は事前予約制です

【診察券番号】

ひらがな氏名

年齢: 才 か月 女・男

通園・未就園

【症状】

体温 °C 体重 Kg 検査結果説明

入院・重い病気・けいれんはありましたか?

なし・あり

薬の副作用はありましたか?

なし・あり

他の病院の薬はございますか?

なし・あり

予防接種

年齢相当に接種・未接種

薬のご希望 錠剤・粉・シロップ

内服回数 1日2回・1日3回

解熱剤希望 錠剤・粉・坐薬

ご希望の塗り薬

以下は 初めて または 変更のある患者様

生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日

住所 〒

電話番号