

問診票

フリガナ

おなまえ _____ 才 _____ ャ月（男・女） 熱 _____ 度 _____ 体重 _____ Kg

- いつからどんな症状がありますか？ ご相談されたいことをお書きください。

[_____]

- いま使っているお薬はありますか？

なし 当院の薬 他院の薬（お薬手帳を受付にお出しください。なければわかる範囲で下記にご記入ください。）

[_____]

- ご希望の飲み薬があればチェックをお願いします。

シロップ こな たま

- 熱さましは必要ですか？

いる（シロップ・こな・たま・座薬） いない

- 副作用がでたり飲めなかった薬があればご記入ください。

[_____]

診察の準備をしてお待ちください。質問等は診察の最後にまとめてお願いします。

ほくと小児クリニック

