

予 診 票

| | | | | | | | |
|------------|--------------------------|----|----|--------|-----|--------|-----|
| 記入年月日 | 年 月 日 | | | | | | |
| ふりがな 名前 | | | | 年 齢 | 才 月 | 性 別 | 男・女 |
| | | | | | | | |
| 体重 | <small>成人の方は記入不要</small> | kg | 体温 | °C | | | |

1. 今日はどうなさいましたか

発熱 せき 鼻水 鼻がつまる ぜーぜーする (息苦しい) のどが痛い
吐く 気持ちが悪い 下痢 お腹が痛い 頭が痛い 発疹
その他 ()

2. その症状はいつからですか

3. ほかの病院でお薬をもらっていましたか

いいえ ・ はい (その薬の名前はわかりますか)

お薬手帳があれば薬の名前は記入不要です

4. その他、何かありましたらお書きください

----- 切り取り線 -----