

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 -----