

問 診 票

ふりがな

男 (才) M・T

お名前

女 生年月日 S・H . .

ご住所

TEL

1. 今回受診されるのはどのような**症状**でしょうか？

2. その症状はいつからでしょうか？

3. **今までに**何か病気をしたことがありますか？

(はい・いいえ) 病名 ()

4. 現在、服用中のお薬はありますか？

(はい・いいえ) 薬剤名 ()

5. 今までに**内服**による**異常**はありましたか？

(はい・いいえ) 薬剤名 ()

6. **小児**の方は、**体重**をお書き下さい。 (kg)