

# 伊吹医院 問診票

年 月 日

フリガナ		
お名前	男 ・ 女	年齢 歳 ヵ月
体重 Kg	所属 保育園 ・ 幼稚園 ・ 小学校 ・ 中学校	

心配な点を教えてください。		
症状は？ ( 良くなっている ・ 変わっていない ・ 悪くなっている ・ 薬が飲めなかった )		
発熱	/ ~ /	最高体温
せき	/ ~ /	湿った ・ 乾いた
鼻水	/ ~ /	鼻づまり ・ 青鼻
その他		
薬の希望は？ ( 錠剤 粉薬 シロップ ) 薬は飲みにくいですか？ ( はい ・ いいえ )		
当院以外で現在服用中のお薬は？ ( ない ・ ある ) ある場合、薬名		
アレルギーをおこす薬や食物がありますか？ ( ない ・ ある )		
住所・電話番号・保険に変更がありますか？ ( ない ・ ある )		
何か質問や要望がありますか。		