

問診票

(ふりがな)

お名前

男・女

生年月日 大・昭・平・令

年 月 日 ()才

住所 〒

電話番号

自宅：

携帯：

1. いつからどんな症状がありますか

発熱はありますか(°C)

2.現在飲んでいる薬はありますか

ある() ない

3.現在、治療中の病気はありますか

ある() ない

4.大きな病気にかかったり、手術をうけたことがありますか

ある() ない

5.アレルギー体質で症状が出たことがありますか

けいれんを起こしたことがありますか

ある() ない

6.一か月以内に予防接種をうけたことがありますか

ある() ない

7.女性の方へ。現在妊娠中あるいは妊娠の可能性がありますか

ある ない

記入年月日

年 月 日

記入者名