

平成 年 月 日

問診票

フリガナ		性別	男 ・ 女
お名前			
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	年齢	歳
住所	〒	電話	()

【アレルギーの有無】

薬のアレルギー 有 () 無

その他のアレルギー 有 () 無

【本日の症状】

熱 ()℃ 鼻水 咳 のどの痛み

頭痛 めまい 関節が痛い

【その他の症状・期間】

--