

問診票

松本市笹部 2 丁目1-51
唐沢内科小児科医院

ふりがな	
お名前	
男・女	
生年月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日 才
住所	
電話番号	
体温	℃
体重(お子様だけ記入してください。)	Kg
今日はどうなさいましたか。当てはまる症状に○をつけてください。	
熱 頭痛 鼻水 のどの痛み 咳 痰 胸痛 関節痛	
腹痛 吐き気 下痢 便秘 めまい	
その他	
いつ頃からですか。	
女性の方で、あてはまれば○をしてください。	
(1)妊娠の可能性がある。(2)妊娠中 (3)授乳中	
薬で じんましん や副作用が出たことがあれば、その薬の名前を書いてください。	
今まで、大きな病気、手術、ケガをしたことがありますか。	
治療している病気がある方は、お薬手帳を見せてください。	