

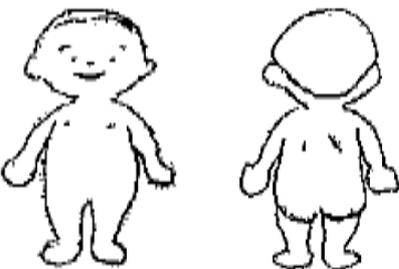
# 問 診 票

年 月 日

お名前 \_\_\_\_\_ 様

☆お薬手帳持参の方はお出し下さい。

現在の体温 \_\_\_\_\_ °C 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

症状			いつ頃から		
	月	日 AM. PM	時頃から	°C最高	°C
熱					
咳	あり	なし	月	日より	
鼻水	あり	なし	月	日より	
頭痛	あり	なし	月	日より	
咽頭痛	あり	なし	月	日より	
腹痛	あり	なし	月	日より	
嘔吐	あり	なし	月	日より	回
下痢	あり	なし	月	日より	回
元気	あり	なし			
食欲 <small>(いつもに比べて)</small>	あり	なし			
皮膚	あり	なし	月	日より	
					
その他					