

問診票

氏名		才	体重		才	体重	
			kg			kg	

①前回(概ね1か月以内)から治療継続の方

調子は どうですか		
処方希望	錠剤 ・ 散剤 ・ シロップ	錠剤 ・ 散剤 ・ シロップ
解熱薬、鎮痛薬の希望	不要 ・ 必要(錠剤 ・ 散剤 ・ 座薬)	不要 ・ 必要(錠剤 ・ 散剤 ・ 座薬)

①以外の方(①の方はここから下は記入不要です)

今日はどのような症状を診てもらいたいですか？

いつから										
どんな症状	耳 (右 ・ 左)		鼻	のど	ねつ	耳 (右 ・ 左)		鼻	のど	ねつ
	・痛い	・耳掃除	・鼻水	・痛い	℃	・痛い	・耳掃除	・鼻水	・痛い	℃
	・痒い	・中耳炎	・鼻づまり	・咳		・痒い	・中耳炎	・鼻づまり	・咳	
	・耳垂れ	の経過	・くしゃみ	・たん	・耳垂れ	の経過	・くしゃみ	・たん		
・耳を触る		・鼻血		・耳を触る		・鼻血				
処方希望	錠剤 ・ 散剤 ・ シロップ				錠剤 ・ 散剤 ・ シロップ					
解熱薬、鎮痛薬の希望	不要 ・ 必要(錠剤 ・ 散剤 ・ 座薬)				不要 ・ 必要(錠剤 ・ 散剤 ・ 座薬)					

その他、診察に関してのご希望や、他院で処方されている薬などがあればご記入ください。

