

ID: \_\_\_\_\_

令和 年 月 日

## 問診票

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

**●どのような症状ですか？**

発熱      せき      鼻水      嘔吐      下痢      頭痛  
呼吸苦      のどの痛み      発疹  
その他 ( )

**●症状はいつからですか？**

今日から      昨日から      2～3日前から  
その他 ( ) 日前から

**●現在「飲んでいるお薬」があれば書いてください。**

**●現在「治療中の病気」はありますか？**