

ID : _____

問診票(再診用)

体温: _____ °C

フリガナ	性別	男 ・ 女	
ご氏名 ()才	↓女性の患者様へのご質問(○で囲んで下さい) ↓		
	妊娠の可能性は、ありますか？ あり ・ なし	妊娠中	授乳中
中学生以下のお子様 →	身長: _____ cm	体重: _____ Kg	

1. 今日はどうなさいましたか？ それはいつ頃からどのような症状なのかご記入ください。

いつ頃

_____ から、

2. まわりに同じような症状の方はいますか？ いいえ ・ はい



えのもとファミリークリニック

内科・皮膚科・胃腸内科・小児科・アレルギー科・外科・美容皮膚科