



## 問診票（感染症状がない方用）

ふりがな

名前

男・女

昭和  
平成  
令和  
生年月日 年 月 日（ 歳 か月）

〒

住所

電話番号

今日はどうされましたか？

◆ 今の症状、気になること

◆ いつから？

◆ 現在使っている薬の名前

その薬の使用頻度

みてもらった病院・医院名

◆ 学校、幼稚園、保育園の名前