

Questionnaire for those who have a different illness than before

問診票

_____year 年/ _____month 月/ _____day 日

Name _____
Last 姓 First 名

Current temperature 現在の熱 (_____._____) °C

Female only 女性の方 Are you pregnant? (妊娠中) Yes / No

Are you breast feeding? (授乳中) Yes / NO

What symptom do you have? どんな症状か教えてください。

When did the symptoms start? いつから

What kind of illness do you worry about? どんな病気を心配していますか?
