

問診票（再診用）

フリガナ	男	年齢（ 才 か月）	体温（ ）
お名前	女	身長（ ）cm	体重（ ）kg

当てはまる症状に○をつけて、症状が出てきた日付をご記入ください。

☆本日はどうされましたか？

（診察 ・ いつもの続き ・ 薬 ・ 鼻吸い ・ 書類等）

☆下記の当てはまる症状に☑をつけて、分かる範囲で詳細をご記入ください。

（現在の症状）

発熱	（ / ）	最高（ ）
せき	（ / ）から	乾いた咳 ・ 痰がらみ ・ ゼーゼー ・ ケンケン
はなみず	（ / ）から	透明 ・ 黄緑色 ・ 鼻づまり
おうと	（ / ）から	1日（ ）回（吐く ・ 咳き込んで吐く）
げり	（ / ）から	1日（ ）回（水様 ・ 軟便 ・ 血便）
腹痛	（ / ）から	（ずっと ・ ときどき）
便秘	（ / ）から	便が出ていない もともと（ ）日に1回ペース
頭痛	（ / ）	吐き気（あり ・ なし）
耳痛	（ / ）	（右 ・ 左 ・ 両方）
発疹など	（ / ）	
その他	（ / ）	症状等をご記入ください（ ）

- ・ 食欲はありますか？ （ ある ・ ない ）
- ・ 水分は取れていますか？ （ 取れる ・ 取れない ・ 全く取れない ）
- ・ おしっこは出ていますか？ （ あり ・ 少なめ ・ 全く出ない ）
- ・ お薬は飲めますか？ （ 飲む ・ 普通 ・ 飲めない ）
- ・ お薬の形状のご希望はありますか？ （ 粉薬 ・ 錠剤 ）
- ・ 解熱剤は必要ですか？ （ 要 ・ 不要 ）（ 坐薬 ・ 飲み薬 ）
- ・ 現在他院へ通院中ですか？ （ いいえ ・ はい ）
内服、外用している薬があればご記入下さい。（薬の名前： ）
- ・ 周りに同じ症状の方はいますか？ （ いない ・ いる ）
どなたですか？ （ ）
- ・ 周囲で流行っている病気はありますか？ （ ない ・ ある ）
流行っているのはどんな病気ですか？ （ ）
- ・ お薬や食べ物にアレルギーはありますか？ （ ない ・ ある ）
（ ）
- 最近大きな病気にかかったことがありますか？ （ ない ・ ある ）
（ ）

ご協力ありがとうございました。

