

問診票(再診)

ID _____

受診日 _____

お名前		男 ・ 女	
体温 :	℃	現在の体重 :	kg

●本日はどのような症状で来院されましたか。あてはまる項目にチェックをつけてください。

継続 ※他の症状もあればチェックをつけてください。

発熱 _____ 月 _____ 日から 最高 _____ °C

咳 _____ 月 _____ 日から

たん コンコン ゴホゴホ ゼーゼー ケンケン

鼻水 _____ 月 _____ 日から 水鼻 青鼻 鼻づまり

痛み _____ 月 _____ 日から 頭 のど おなか 耳 その他 (_____)

吐く _____ 月 _____ 日 _____ 時頃から _____ 回 最終 _____ 月 _____ 日 _____ 時頃

下痢 _____ 月 _____ 日から 1日 _____ 回

発疹 _____ 月 _____ 日から 頭・顔・首 胸・おなか・背中 手足 おしり

★発疹があるお子様 ⇒ 水ぼうそうに罹ったことはありますか。 はい ・ いいえ

その他の症状 (_____)

●1か月以内の渡航歴はありますか。 いいえ ・ はい (どこに _____)

●水分はとれていますか。 はい ・ いいえ

●夜は眠れますか。 はい ・ いいえ

●食事はとれていますか。 はい ・ いいえ

●今までにお薬を飲んで具合が悪くなったこと・お薬のアレルギーはありますか。

いいえ ・ はい ・ わからない お薬の名前がわかる方は教えてください(_____)

●その他、相談したいことがあればお書きください。

(例)解熱剤が欲しい。座薬にしてほしい。など

お薬の希望	:	<input type="checkbox"/> 粉 <input type="checkbox"/> シロップ <input type="checkbox"/> 錠剤	薬の回数	:	<input type="checkbox"/> 1日2回 <input type="checkbox"/> 1日3回
鼻吸引の希望	:	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			