

問 診 票 (再 診)

● 発疹(ぶつぶつ)や、感染する病気の可能性がある方は、スタッフへお申し出ください ●

ID:

ふりがな

お 名 前

男 ・ 女

生年月日 西暦 年 月 日 (歳 ヶ月)

現在の体温 ℃ 体 重 k g

1. 今日は、いつからのどのような症状でこられましたか？

- 発 熱 月 日 (朝 ・ 昼 ・ 夜) から 最高 ℃
- 咳 月 日 (朝 ・ 昼 ・ 夜) から
- 鼻 水 月 日 (朝 ・ 昼 ・ 夜) から
- ゼーゼー 月 日 (朝 ・ 昼 ・ 夜) から
- 嘔 吐 月 日 (朝 ・ 昼 ・ 夜) から 回
- 下 痢 月 日 (朝 ・ 昼 ・ 夜) から 回
- 腹 痛 月 日 (朝 ・ 昼 ・ 夜) から
- ぶつぶつ (発疹) ぐったりしている
- かさかさ・ジクジク (湿疹) 息が苦しそう
- 耳の下の腫れ
- その他 ()

2. その症状で他の病院を受診されましたか？ (はい ・ いいえ)

どのように診断されましたか？ ()

3. かかりつけ医・よくかかれるクリニックをご記入ください

かかりつけ医/クリニック ()

4. 現在、使用している薬がありますか？ (はい ・ いいえ)

あればすべてご記入ください (飲み薬・坐薬・塗り薬・貼り薬・吸入薬 など)

()

5. お薬について どのようなお薬の形態をご希望ですか？

シロップ 粉薬 錠剤 坐薬

6. 家族・園・学校で流行っている病気はありますか？

()

7. 前回受診から今日まで何か変化 (けいれんを起こした・薬でアレルギーを起こした・入院した等)

がありましたらご記入ください

()

8. 住所・電話・携帯番号などの変更がありましたらご記入ください

()

9. 相談したいことがありましたらご記入ください

()

