

再診の問診票

2 診の診療日は、希望の医師に○をお願いします
院長 ・ 2 診医師 ・ どちらでもよい

氏名： _____ 小学生以下のお子様 → 体重 _____ kg
本日はどのような症状ですか？ 症状がない場合も ない に○をお願いします。

◇ 発熱 あり _____ 日前から (_____ 月 _____ 日に最高 _____ 度)
発熱があった方 → 今のお熱 _____ 度

発熱は ない

◇ 鼻水 あり → 黄色 ・ やや黄色 ・ 透明
鼻水が前回受診後一度改善した方 → 今回の鼻水は _____ 日前から
鼻水が前回受診後も続いている方 → ひどくなっている ・ 変わらない ・ 良くなっている

鼻水は ない

◇ 咳 あり → 痰絡み ・ 空咳
咳が前回受診後一度改善した方 → 今回の咳は _____ 日前から
咳が前回受診後も続いている方 → ひどくなっている ・ 変わらない ・ 良くなっている

咳は ない

◇ 痛み あり → 右耳 ・ 左耳 ・ 頭 ・ のど：痛み止め希望 ・ うがい薬希望
その他 (_____)
痛みが前回受診後一度改善した方 → 今回の痛みは _____ 日前から
痛みが前回受診後も続いている方 → ひどくなっている ・ 変わらない ・ 良くなっている

痛みは ない もしくは 今は痛くない

◇ 現在、他の医療機関を受診していますか？ はい ・ いいえ

今回の症状で 飲んでいるお薬 はありますか？

はい → お薬手帳も一緒にご提出お願い致します。

→ お薬手帳をお持ちでない方は、わかる範囲でお薬の名前をご記入下さい。

{
いいえ

継続して飲んでいる薬がある方はお薬の名前をご記入下さい。

{

◇ その他に何かお伝えしたいことはありますか？ 錠剤、粉薬、シロップにしてほしい 上記以外の症状 など