

再診の問診票

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) **ない**
発熱があった方→ 今のお熱 _____ 度

◇ 鼻水 **あり** → (黄色 ・ やや黄色 ・ 透明 ・ 鼻づまり) **ない**
前回受診後、1度改善した方→ 今回の鼻水は _____ **日前**から
前回受診後も続いている方→ (悪くなっている ・ 変わらない ・ 良くなっている)

◇ 咳 **あり** → (痰絡み ・ 空咳) **ない**
前回受診後、1度改善した方→ 今回の咳は _____ **日前**から
前回受診後も続いている方→ (悪くなっている ・ 変わらない ・ 良くなっている)

◇ 痛み **あり** → (右耳 ・ 左耳 ・ 頭 ・ のど ・ その他【 _____ 】)
痛み止め希望 ・ うがい薬希望 ・ トローチ希望
前回受診後、1度改善した方→ 今回の痛みは _____ **日前**から
前回受診後も続いている方→ (悪くなっている ・ 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/飲んでいた お薬 はありますか？
はい →お薬手帳の提出、または下記にお薬名をご記入ください。 **いいえ**
現在の内服薬名、または種類〔 _____ 〕
継続してる薬(常備薬)〔 _____ 〕
◇ 最近新たに発症した病名はございますか？ (はい ・ いいえ)
はい →病名〔 _____ 〕
◇ その他の症状、何かお伝えしたいことの記入 錠剤、粉薬、シロップ希望 アレルギー検査希望 など
※受給券内でアレルギーをお調べできます。ご希望の方は下記にご記入ください。