

再診の問診票

希望の医師に○をお願いします

院長 ・ 2 診医師 ・ どの医師でも可

※「どの医師でも可」ですと、待ち時間が少ない医師でご案内します。

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)〔 _____ 〕

◇ 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。≫

会計方法

ご希望に○を付けて下さい。 (**現金** ・ **現金以外**)

※取り扱い可能なカードやキャッシュレス決済については HP をご覧くださいませ。

※ご記入ありがとうございました。受付時にお渡し下さいませ。

DL 用