



再診問診表



お名前 _____ 体重 _____ kg 体温 _____ °C

生年月日 H・R _____ 年 月 日 年齢 _____ 歳 カ月 _____

Q1. 前回の症状はいかがですか？（継続中の方）

良くなった 変わらない 悪くなった

Q2. お困りの症状は何ですか？

- 発熱（最高 _____ °C）
- せき
- 鼻水
- のどの痛み
- 頭痛
- 腹痛
- 嘔吐
- 下痢
- 血便、血尿
- 便秘
- 発疹（部位： _____ ）
- その他（ _____ ）

Q3. 症状はいつから始まりましたか？

（ _____ ）

Q4. 食欲はありますか？

あり 半分 なし

Q5. 活気はありますか？

あり なし（様子： _____ ）

Q6. 他院で現在治療している病気はありますか？

なし あり（病名： _____ ）

（薬名： _____ ）

Q7. その他（周囲での流行 など）

（ _____ ）