**再診問診票**

**お名前　　　　　　　　　　　　　体重　　　　kg　体温　　　　℃**

**生年月日 　H・R　　　年　　月　　日　　　年齢　　　歳　　ヵ月**

**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　　　　℃）　・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）**

**（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**あすなろクリニック**

**再診問診票**

**お名前　　　　　　　　　　　　　体重　　　　kg　体温　　　　℃**

**生年月日 　H・R　　　年　　月　　日　　　年齢　　　歳　　ヵ月**

**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　　　　℃）　・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）**

**（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**あすなろクリニック**

**再診問診票**

**お名前　　　　　　　　　　　　　体重　　　　kg　体温　　　　℃**

**生年月日 　H・R　　　年　　月　　日　　　年齢　　　歳　　ヵ月**

**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　　　　℃）　・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）**

**（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**あすなろクリニック**

**再診問診票**

**お名前　　　　　　　　　　　　　体重　　　　kg　体温　　　　℃**

**生年月日 　H・R　　　年　　月　　日　　　年齢　　　歳　　ヵ月**

**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　　　　℃）　・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）**

**（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**あすなろクリニック**