



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 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 _____ ℃）
- ・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）

（ _____ ）