

番

問診票 (再診)

年 月 日

ふりがな
お名前

診察券 NO.

(男・女) 生年月日 昭和・平成 年 月 日 (歳 ヶ月)

体温 . °C

身長 . cm

体重 . kg

(来院目的) 診察 投薬 吸入希望 鼻汁吸引希望 検査結果

★前回、どのような症状で受診しましたか？該当する症状に○をつけてください

熱・咳・鼻水・鼻づまり・のどの痛み・腹痛・吐き気・下痢・頭痛・発疹・喘息・便秘・その他 ()

★上記で○を付けた前回受診後の症状の経過について詳しくご記入ください

★新しくでてきた症状(何日頃から出始めたのか)やその他気になることがあればご記入ください

★前回の薬は飲みましたか？

飲めた 飲めなかった 残りあり 残りなし

★食欲：あり・いつもより落ちている・なし

★水分：普段通り摂れる・あまり摂れない

★元気：普段通り・少し落ちている・全くなし

・上記の内容は診療の目的以外では使用しません 平成 24 年 5 月 22 日改正

・次回のご予約日： 月 日 曜日 時 分の予約枠

ご予約の 10 分前にはお越し下さい

