

# 再診の方の問診票

記入年月日 年 月 日

フリガナ		生年月日	S・H	年	月	日
名前	男女				歳	ヵ月
			現在の体温			
			℃			

1. 今日はどうされましたか？様子を詳しく教えてください。

発熱(今回の発熱で一番高かった体温 \_\_\_\_\_℃) 鼻水(透明・黄色・緑色) 鼻づまり のどの痛み  
 咳(乾いた咳・痰がらみ・ケンケン・眠れないほどの咳) 腹痛 下痢 便秘 嘔吐 発疹  
 喘息 けいれん 低身長 アレルギー検査 尿検査 前回の続き  
 治癒証明書・登園許可書 (病名 \_\_\_\_\_)

《例 5日(水)受診後、熱は下がり食欲も出てきたが咳が少し残っている》

.....

.....

.....

.....

.....

2. 今現在、服用中のお薬があれば教えてください。(おくすり手帳をお持ちの方はお貸し下さい。)

.....

3. まわりに同じような症状の方はいますか？

いいえ はい (どなたが？ \_\_\_\_\_)

.....

7. お薬の希望を教えてください。

- 粉薬 シロップ 錠剤(小学生以上)
- 解熱・鎮痛剤は 粉薬 シロップ 坐薬

8. その他、心配なこと・聞きたいことがありましたらご記入下さい。

.....

.....

.....

.....



はなの木台  
渡辺小児科医院

成田市はなのき台1-22-14 TEL.0476-28-1212