

問診票(再診)

受診日: _____年 月 日

体温(.)°C

↑来院時体温計お渡しいたします

(フリガナ)

お名前:(_____) 受付番号:(_____)

Q1.本日はどうされましたか? ○をお付けください。

前回の続き

(↑ここに○をおつけの方は、以下お答えいただかなくて結構です。)

発熱(最高で _____ 度) 頭痛 のどが痛い 鼻汁(透明、白、黄色)
せき(乾いたせき・たんがらみ / 一日中・夜多い・明け方多い)
ゼイゼイ 息が苦しい 眠れない 下痢 おう吐 腹痛
ご飯が食べられない 水分がとれない 発疹
その他(_____)

Q2.その症状はいつごろからですか?

(_____)

Q3.現在内服中のお薬がありましたらお教えてください。

お薬手帳をお持ちの方は、診察の際に見せていただければ結構です。

(_____)

※ご記入が終わりましたら、受付にお渡しく下さい

みなとこどもクリニック



TEL 043(441)7110