

# 問診票(再診)

受診日; \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

フリガナ

お名前;( \_\_\_\_\_ )、体温( \_\_\_\_\_ )℃

↑来院時体温計お渡しいたします

年齢;( \_\_\_\_\_ 才 \_\_\_\_\_ ヶ月 ) \*1才以上の方は○才のみで結構です

Q1. 本日はどうされましたか? ○をお付けください。

① 前回の続き

② 定期診察

[ 気管支喘息・アレルギー性鼻炎・便秘症・夜尿症・湿疹・その他( \_\_\_\_\_ ) ]

③ 検査結果(採血、尿、便 etc.)

※①～③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)  
ゼロゼロ ヒューヒュー 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 湿疹(アトピー性皮膚炎、乳児湿疹)  
発疹 登園・登校許可証  
その他( \_\_\_\_\_ )

Q2. その症状はいつごろからですか?

( \_\_\_\_\_ )

Q3. 現在、他院処方の内服中のお薬がありますか? ( はい・いいえ )

( \_\_\_\_\_ )

\*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