

再診問診票

クリニック使用欄

受診日 年 月 日

受付番号		定期外来枠	:	受付時間	:
待ち場所	一般 車	特 ()	母	案内時間	:

氏名	ふりがな	男・女	生年 月日	平成・令和	体重	体温
				年 月 日 (年齢: 才 ヶ月)		

①本日の来院目的はなんですか？（該当するものに○をしてください）

診察 ・ 吸入希望 ・ 鼻汁吸引希望 ・ 検査結果の確認 ・ 検体の提出 ・ 処方希望

②本日はどのような症状で受診しましたか？（該当するものに○をしてください）

発熱 ・ 咳 ・ 鼻水 ・ 鼻づまり ・ 頭痛 ・ のどの痛み ・ 腹痛 ・ 嘔吐 ・ 便秘
下痢 ・ 発疹 ・ その他 ()

食欲: あり いつもより少ない ない

水分: 普段通り飲んでいる あまり飲んでいない

活気: 普段通り 少し元気がない 全く元気がない

③上記で○をした症状の経過について、詳しくご記入ください。

④希望の薬はありますか？

粉 ・ シロップ ・ 錠剤 ・ カプセル ・ 座薬

④家族で現在病気の方はいらっしゃいますか？

はい ・ いいえ

⑤その他、質問などありましたらどうぞ

()

クリニック使用欄



フォロー	あり ・ なし
次回予約	日後