

問診票（再来）

ふりがな				
お名前				
年齢・月齢	歳	ヶ月	体重 (お子様のみ)	kg

ご希望のお薬の種類
錠剤 ・ 粉薬 ・ シロップ ・ 座薬 ・ どれでもよい

現在の症状		院内でのお熱 (°C)	
症状		いつから	どんな様子・程度
全身の症状	<input type="checkbox"/> 発熱	日前～	
		※解熱剤の最終使用 時 分	
□・鼻・気道の症状	<input type="checkbox"/> 頭痛	日前～	
	<input type="checkbox"/> 咳	日前～	
	<input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり	日前～	
	<input type="checkbox"/> 喉頭痛	日前～	
目の症状	<input type="checkbox"/> □唇・□内痛	日前～	
	<input type="checkbox"/> 目ヤニ	日前～	
	<input type="checkbox"/> 目のかゆみ	日前～	
おなかの症状	<input type="checkbox"/> 充血	日前～	
	<input type="checkbox"/> 下痢	日前～	
	<input type="checkbox"/> 血便	日前～	
	<input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐	日前～	
	<input type="checkbox"/> 腹痛	日前～	
皮膚の症状	<input type="checkbox"/> 便秘	最終便	日前
	<input type="checkbox"/> 発疹	日前～	
その他	<input type="checkbox"/> 皮膚の乾燥	日前～	
	(具体的に…)		

年 月 日