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（〇で囲んでください）

錠剤　・　粉薬　・　シロップ　・　座薬　・　どれでもよい

□ 前回（　月　日）からの続きで受診

※前回と症状が変わっている場合には下記の欄にご記入下さい。

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

年　　月　　日