

## 再診問診票

ふりがな ( )

◆現在の熱( 度 分)

◆お子様のお名前( ) ◆年齢( 歳) 性別( 男・女 ) 体重( kg)

◆症状についてご記入ください

熱	ある ・いつから ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 日前から )	なし
咳	ある ・ゼイゼイ ( する ・ しない )	なし
鼻汁	ある	なし
鼻づまり	ある	なし
のどの痛み	ある	なし
頭痛	ある	なし
発疹	ある ・部位 ( 顔 ・ 全身 ・ 手 ・ 足 ・ その他 ) いつから ( )	なし
アレルギー	ある ・食べ物 ( )	なし
	・薬 ( )	
	・その他 ( )	
耳の痛み	ある ・部位 ( 左 ・ 右 ) ・耳鼻科に通院中ですか ( はい ・ いいえ )	なし
下痢	ある ・便の色 ( ) いつから ( ) ・回数 ( 回 / 日 )	なし
嘔吐	ある ・いつから ( ) ・回数 ( 回 / 日 )	なし
腹痛	ある ・いつから ( )	なし

◆前回の受診からご変更があればご記入ください

ひきつけを起こしたことはありますか	ある ・最終月日 ( )	なし
継続して飲んでいる薬はありますか	はい ( )	いいえ
家族の中に喘息の方はいらっしゃいますか	はい ( )	いいえ
健診時に何か異常を指摘されたことはありますか	はい ( )	いいえ
お薬のご希望はありますか	水薬 ・ 粉薬 ・ 錠剤	

◆その他

