

問 診 票 (再来)

お名前 () 歳 ヲ月 体重 kg			
※ 飲めるお薬の種類を選んで下さい ※ 錠剤 ・ 粉薬 ・ シロップ ・ 坐薬 ・ どれでもよい			
症 状	いつから	どんな (程度や様子)	
<input type="checkbox"/> 発熱	日前～	_____℃ 解熱剤の最終使用時間 時 分	
※熱性けいれんの既往 有・無 () 回/最後は (年 月頃)			
<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"/> 喉が痛い	日前～		
<input type="checkbox"/> 口唇・口内痛	日前～		
目の 症状	<input type="checkbox"/> 目やに	日前～	
	<input type="checkbox"/> 目の痒み	日前～	
	<input type="checkbox"/> 充血	日前～	
おなかの 症状	<input type="checkbox"/> 下痢	日前～	水様便 ・ 軟便
	<input type="checkbox"/> 血便	日前～	
	<input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐	日前～	
	<input type="checkbox"/> 腹痛	日前～	
	<input type="checkbox"/> 便秘	最終便	日前
皮膚の 症状	<input type="checkbox"/> 発疹	日前～	
	<input type="checkbox"/> 皮膚の乾燥	日前～	
その他	水痘・おたふくかぜの疑いがある方は受付にお申し出ください		

※他院のお薬を服用されている方は、お薬手帳も一緒に受付へお渡し下さい