

再診問診票

記載日： 月 日

患者番号： _____

氏名 _____ 性別 男・女 年齢 歳 カ月（生後 日）

生年月日 平成 年 月 日

今日の体温 _____ °C 体重 _____ kg

問1 どのような症状がありますか？それはいつ頃始まりましたか？

（あてはまるものすべてに○をつけてください）

発熱・せき・はな水・ゼーゼー・のどの痛み

嘔吐（1日 回）・下痢（1日 回、便は 色）


腹痛・頭痛・ぶつぶつ（発疹）・耳の下のはれ・その他（ ）

_____ 月 日頃から

問2 くすりの希望があれば書いてください。（希望するものに○）

水薬・こな薬・錠剤

熱さましは（座薬で・こな薬で）

 富永小児科医院