

# 再診問診票

ふたばこどもクリニック

日付 平成 年 月 日

フリガナ

お名前 \_\_\_\_\_ (男・女) \_\_\_\_\_ 歳 ヶ月

現在の体温 \_\_\_\_\_ °C

体重 \_\_\_\_\_ Kg

今日の受診の目的は？ 今回の症状で初めての方は 1.へ、  
前回に引き続き受診の方は 2.へ

## 1. 主な症状に○をつけてください。

- ・ 発熱 ・ せき ・ たん ・ 鼻水 ・ 鼻づまり ・ のどの痛み ・ 喘鳴（ゼイゼイする）
- ・ 腹痛 ・ 下痢 ・ 吐き気 ・ 嘔吐 ・ 便秘 ・ 頭痛 ・ けいれん ・ 四肢関節の痛み
- ・ 胸痛 ・ 耳の下の腫れ ・ 耳痛 ・ 耳だれ ・ 目やに ・ 発疹
- ・ その他（ \_\_\_\_\_ ）

これらの症状はいつ頃から始まりましたか？

上記症状で他の医院などで診察を受けましたか？  はい（ 月 日）  いいえ

お薬は飲んでいますか？  はい（当院 ・ 他院）  いいえ

（お薬の名前 \_\_\_\_\_ ）

## 2. その後の経過

・ 前回に比べて症状は？

よい

少しはよい

内服中だが変わらない

内服やめたら悪化

内服中だが悪化

・ 薬はどうしていますか？

指示通り使用中

調子に合わせて減量

飲んでいない

・ 新たに気になる症状、相談があれば記入して下さい

☆診療内容の明細書発行を希望されますか？

はい

いいえ