

# 問診表(再診用)

ID No

診察前体温・体重 (当方で記入します)

°C

g・kg

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 最近の体重 \_\_\_\_\_ g・kg

ふりがな		性別	男	女
お名前		生年月日		
電話番号				

いつごろから症状がではじめましたか？

--

当てはまる項目に○をして下さい。

症状	発熱 (最高 _____ °C) 咳 鼻水 ゼイゼイ 息が苦しい のどが痛い
	腹痛 下痢 吐き気 吐いた 便秘 発疹 眼が赤い 目やに 頭痛 関節痛
	不機嫌 (ぐずる) 母乳・ミルクの飲みが悪い 食欲がない ぐったりしている
	その他 ( _____ )

薬や食べ物で具合が悪くなったことがありますか ( ある ない )

--

現在通院中の医療機関や服用中のお薬があれば教えてください ( ある ない )

--

差し支えなければ通園・通学先を教えてください。

--

ご協力ありがとうございました。ご記入頂いた内容は秘密を厳守いたします。