

# すす木小児科・アレルギー科 再診問診票

受診日：\_\_\_\_月\_\_\_\_日

ふりがな：\_\_\_\_\_

お名前：\_\_\_\_\_ (愛称\_\_\_\_\_) 年齢\_\_\_\_才

今のお熱：\_\_\_\_\_度 体重：\_\_\_\_\_kg

**本日はどのような症状で来院されましたか？  
あてはまる項目に✓、○をつけて下さい。**

発熱 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日から ( \_\_\_\_月 \_\_\_\_日に最高 \_\_\_\_\_℃)

咳 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日から

(ひどくなっている ・ 変わらない ・ 良くなっている)

鼻水 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日から

(ひどくなっている ・ 変わらない ・ 良くなっている)

吐く \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 \_\_\_\_時頃から \_\_\_\_回

(ひどくなっている ・ 変わらない ・ 良くなっている)

下痢 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日から 1日 \_\_\_\_回

(ひどくなっている ・ 変わらない ・ 良くなっている)

痛み \_\_\_\_月 \_\_\_\_日から

頭 のど おなか 耳 その他 ( \_\_\_\_\_ )

(ひどくなっている ・ 変わらない ・ 良くなっている)

発疹 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日から

頭・顔 首 胸・おなか・背中 手・足 おしり

(ひどくなっている ・ 変わらない ・ 良くなっている)

その他の症状

◎水分摂取 (いつもどおり ・ やや少ない ・ 少ない)

◎食事摂取 (いつもどおり ・ やや少ない ・ 少ない)

現在、他の医療機関を受診していますか？ はい いいえ

現在、薬を処方されていますか？ はい いいえ

薬の名前：

**※その他、ご要望がございましたらお書き下さい。**