

すず木小児科・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_____） 男・女

今のお熱：_____度 体重：_____kg 年齢____才

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）

定期受診（ぜんそく・皮膚疾患・舌下療法・その他[_____]）

（ひどくなっている・変わらず悪い・良くなっている・落ち着いている）

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

その医療機関で薬を処方されている場合は、お薬手帳を添えるか、薬の名前をご記入ください。

薬の名前：_____

※その他、ご要望がございましたら、以下の余白にお書き下さい。