



## 再診問診表



お名前 \_\_\_\_\_ 体重 \_\_\_\_\_ kg 体温 \_\_\_\_\_ °C

生年月日 H・R \_\_\_\_\_ 年 月 日 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 カ月 \_\_\_\_\_

Q1. 前回の症状はいかがですか？（継続中の方）

良くなった      変わらない      悪くなった

Q2. お困りの症状は何ですか？

- 発熱（最高 \_\_\_\_\_ °C）
- せき
- 鼻水
- のどの痛み
- 頭痛
- 腹痛
- 嘔吐
- 下痢
- 血便、血尿
- 便秘
- 発疹（部位： \_\_\_\_\_ ）
- その他（ \_\_\_\_\_ ）

Q3. 症状はいつから始まりましたか？

（ \_\_\_\_\_ ）

Q4. 食欲はありますか？

あり      半分      なし

Q5. 活気はありますか？

あり      なし（様子： \_\_\_\_\_ ）

Q6. 他院で現在治療している病気はありますか？

なし      あり（病名： \_\_\_\_\_ ）

（薬名： \_\_\_\_\_ ）

Q7. その他（周囲での流行 など）

（ \_\_\_\_\_ ）