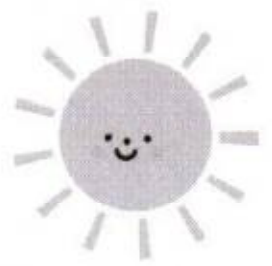


再診問診票



ふりがな

お名前

(男の子・女の子)(才 ヶ月)

本日はどういふことで来院されましたか？

(該当する症状に○印を記入してください)

来院された時の体温

(体温計は受付に置いてあります)

度

分 (今日の体重 _____ kg)

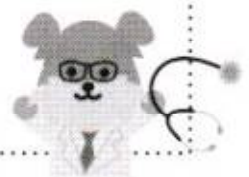
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 発熱 (月 日から最高 _____ °C) | |
| <input type="checkbox"/> 食欲低下 (水分はとれている・とれていない) | |
| <input type="checkbox"/> せき | <input type="checkbox"/> 腹痛 |
| <input type="checkbox"/> たん | <input type="checkbox"/> 吐き気 |
| <input type="checkbox"/> 喘鳴 (ぜんめい) (ゼイゼイ) | <input type="checkbox"/> 嘔吐 (_____ 回) |
| <input type="checkbox"/> くしゃみ | <input type="checkbox"/> 軟便 |
| <input type="checkbox"/> はなみず | <input type="checkbox"/> 下痢 (_____ 回) |
| <input type="checkbox"/> はなづまり | <input type="checkbox"/> 便秘 |
| <input type="checkbox"/> 頭痛 | <input type="checkbox"/> けいれん (ひきつけ) |
| <input type="checkbox"/> のどの痛み | <input type="checkbox"/> 湿疹 |
| <input type="checkbox"/> 耳の痛み | <input type="checkbox"/> 耳下腺の腫脹 |
| <input type="checkbox"/> 目やに | <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 |
| <input type="checkbox"/> 気管支喘息 | |



☆お薬について希望はありますか？

みずぐすり こなぐすり 錠剤またはカプセル

その他、ご相談になりたいことがあればお聞かせください。



三上こどもクリニック