

問診票（再診）

日付： _____ 年 _____ 月 _____ 日

お手数ですが、診察に入る前に以下の項目にお答えいただき、受付にお出してください。
診察がスムーズに進むよう、ご協力をお願いいたします。

(フリガナ： _____)
氏名 _____ 性別： 男 _____ 女 _____ 来院時の体温： _____
受診目的： 定期外来 _____ 投薬 _____ その他 (_____)

1. 本日はどのような症状で来院されましたか。

発熱 咳 鼻水 下痢 嘔吐 腹痛 頭痛 その他 (_____)

☆ いつから、どんな状態ですか。

☆ 今回の症状で、他の病院も受診しましたか？

はい _____ いいえ _____ 診断名 (_____) 処方薬 (_____)

2. 伝染性疾患を疑う症状はありますか？

発疹 耳下腺の腫脹 その他 (_____)

3. ご家族で、今回の症状と同じような症状の方はいますか。

はい _____ いいえ _____

4. 幼稚園・保育園・学校で流行している病気はありますか。

はい _____ いいえ _____ 施設名 (_____)