

問 診 票 (再来)

お名前 ()		歳	ヶ月	体重	kg
ご希望のお薬の種類 (○で囲んでください) 錠剤 ・ 粉薬 ・ シロップ ・ 坐薬 ・ どれでもよい					
症 状		いつから		どんな様子・程度	
<input type="checkbox"/> 発熱 今のお熱 _____ °C		<input type="checkbox"/> _____ 日前～		_____ °C 解熱剤の最終使用時間 _____ 時 _____ 分	
※熱性けいれんの既往 有・無 () 回/最後は (年 月頃)					
<input type="checkbox"/> 頭痛		_____ 日前～			
<input type="checkbox"/> 咳		_____ 日前～			
<input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり		_____ 日前～			
<input type="checkbox"/> のどが痛い		_____ 日前～			
<input type="checkbox"/> 口唇・口内痛		_____ 日前～			
目の 症状	<input type="checkbox"/> 目やに	_____ 日前～			
	<input type="checkbox"/> 目の痒み	_____ 日前～			
	<input type="checkbox"/> 充血	_____ 日前～			
おなかの 症状	<input type="checkbox"/> 下痢	_____ 日前～			
	<input type="checkbox"/> 血便	_____ 日前～			
	<input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐	_____ 日前～			
	<input type="checkbox"/> 腹痛	_____ 日前～			
	<input type="checkbox"/> 便秘	最終便 _____ 日前			
皮膚の 症状	<input type="checkbox"/> 発疹	_____ 日前～			
	<input type="checkbox"/> 皮膚の乾燥	_____ 日前～			
その他					
◎水痘・おたふくかぜの疑いがある方は受付にお申し出ください					

他院のお薬を服用されている方は、お薬手帳も一緒に受付へお渡し下さい