問診票

（再診用）

記入日：　　年　　月　　日

フリガナ		診察券番号			
名前		生年月日	T・S・H・R　　年　　月　　日		
		身長	cm	体重	kg
住所	変更のある方はご記入ください 〒				
電話		携帯電話			

① 今日はどうなさいましたか？

☐ 熱（体温：　　℃）☐ 寒気がする　☐ ぐったりしている　☐ のどが痛い

☐ 咳（終日・日中・夜）☐ 痰がからむ　☐ ゼーゼーしている　☐ 鼻水　☐ 鼻づまり

☐ お腹が痛い　☐ 下痢　☐ 嘔気・嘔吐　☐ 便秘（最終排便：　　日前）☐ 食事がとれない

☐ むねが痛い　☐ 動悸　☐ 息切れする　☐ むくみがる　☐ めまい　☐ 頭痛

☐ その他　（　　）

② その症状はいつからですか？　どのような様子ですか？

（　　）

③ まわりに同じような症状の方はいますか？

はい →（どなたが？：　　）　・　いいえ

④ 新しく診断された病気や、新しく飲み始めたお薬はありますか？

はい →（　　）　・　いいえ

はる内科小児科クリニック