

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 ()