



記入日 年 月 日

問診票 再診

ふりがな お名前	男 女	生年月日 平成・令和 年 月 日 (年齢 歳 ヶ月)
本日はどうされましたか? ○をして下さい。	・新しい症状のため ・前回の続き (良くなっている 変わらない ひどくなった)	

体重: _____ kg 体温: _____ °C

【症状】※以下の項目について、おわかりになる範囲で○をつけてご記入下さい。

本日の状態のご記入をお願いします。 元気:あり・あまりない・機嫌が悪い・ぐったりしている 食欲:あり・あまりない・全くない 水分:とれる・少しずつ取れる・全くとれない おしっこ:出ている・少なめ・ほとんど出ていない

服薬中のお薬があればご記入をお願いします。 ※薬手帳を持参されている方はご提出ください。 その場合は記入不要です。	
---	--

※以下の質問にあてはまる症状に記入・☑をつけて下さい。Web 入力の方は記入不要です。

発熱	いつから(/)から 最高 _____ °C
咳	いつから(/)から 1) <input type="checkbox"/> コンコン <input type="checkbox"/> ゴホゴホ <input type="checkbox"/> ケンケン 2) <input type="checkbox"/> 夜に咳で目が覚める <input type="checkbox"/> 眠れる 3) <input type="checkbox"/> 咳き込んで嘔吐する <input type="checkbox"/> しない 4) <input type="checkbox"/> ゼーゼー <input type="checkbox"/> ヒューヒュー
腹痛	いつから(/)から
嘔吐	経過:(/ ___回)、(/ ___回) (最後の嘔吐は ___ 時ころ、最後の嘔吐以降に水分は摂取出来ていますか→ <input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない)
下痢	<input type="checkbox"/> ドロドロ <input type="checkbox"/> 水様 <input type="checkbox"/> やわらかい 経過:(/ ___回)、(/ ___回) <input type="checkbox"/> 血便
その他	

ご記入ありがとうございました。

トビウメ小児科医院