

診察券番号：

受診日： 年 月 日

再診問診票（小児）

← 一連の症状で受診された方

ふりがな

氏 名 _____

年 齢 _____ 歳 _____ か月 性別（ 男 ・ 女 ）

（↓変更があれば）

住 所 〒 _____

携帯電話 _____（母・父・その他 _____） 固定電話 _____

学校名・園名 _____

新たに症状が出た人が周りにいますか？（病名や症状 _____ 誰 or どこで _____）

体重（ _____ ） kg

発熱（ なし ・ あり → _____ ℃）

前回からの変化について

全体に（ 改善 ・ 横ばい ・ 悪化 ）

アレルギーはありますか？（ なし・あり _____ ）

前回受診後、他院への受診はありますか？（ なし・あり→検査や投薬 _____ ）

検査（鼻腔・咽頭の各種病原体、血液など）の希望はありますか？

（ あり ・ なし ・ 医師と相談して考える ）

（ ある場合、どんな検査を希望されますか？ _____ ）

お薬の形の希望はありますか？（◎○△×）（ シロップ ・ 粉 ・ 錠剤 ・ 座薬 ）

内服回数は？（ 3回可能 ・ できれば2回 ・ 2回のみ ）

特に伝えておきたいことがあればご記入ください

ご記載、ありがとうございました。