

問診票（再診）

平成 年 月 日

診察券番号	ふりがな		男	年齢	体重	kg
	氏名		女	歳 月	体温	°C

どうされました？（いつから？）経過、その他（相談したいこと、困っていることなど）

熱 あり・なし

咳 あり・なし

鼻水 あり・なし

下痢 あり・なし

目やに

発疹

（書き切れない時は裏も使ってください）

・ 集団生活をされていますか？ はい いいえ
 保育園・幼稚園・小学校・中学校・高校 その他

・ まわりで何か流行していますか？ はい いいえ
 （例：インフルエンザ・おたふくかぜ・みずぼうそう など）

・ 本日お薬が処方されましたら、どちらの薬局に行かれますか？

・ 住所・連絡先・電話番号などに、変更のある方は受付までお知らせください