

<わかる範囲でご記入ください。>

# 問診票 (再診)

●患者番号:

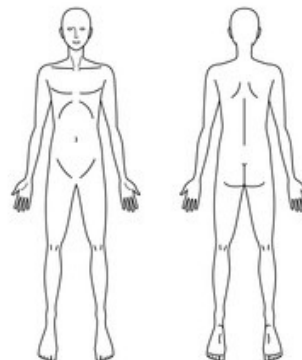
●受診日:

令和 年 月 日

お名前	ふりがな	生年月日	T・S・H・R	年	月	日	現在の体温 °C
	男・女						

1. 今日はどうされましたか？ 症状のある部位に印をつけてください。

- ・発熱(今回の発熱で一番高かった体温( )°C) ・鼻水(透明・黄色・緑色) ・鼻つまり ・喉の痛み
- ・咳(乾いた咳・痰がらみ) ・腹痛 ・下痢(水様便・軟便) ・便秘 ・嘔吐 ・発疹 ・喘息
- ・前回の続き ・治癒証明書(病名: )
- ・健診で異常を指摘された
- ・その他 例:5日(水)受診後、解熱したが咳が少し残っている。




---



---



---



---

2. その症状はいつからですか？

- ・今日(朝・昼・夕) ・昨日 ・2-3日前 ・1週間前 ・( )週間前くらいから

3. 現在内服している薬はありますか？お薬手帳をお持ちの方は受付へお願いします。

- ・ある ・ない

薬の名前:( )

6. お薬の希望を教えてください。

- ・粉薬 ・シロップ ・錠剤 ・坐薬(解熱鎮痛剤、制吐剤、下剤のみ)

7. 女性の方へ

- 妊娠している可能性はありますか？ -いいえ -はい
- 現在、授乳中ですか？ -いいえ -はい

8. 飲酒、喫煙について

飲酒 毎日飲む 機会があれば飲む まったく飲まない(飲めない)  
 1日に[ ビール 日本酒 焼酎 ウイスキー ]を[                      ml]

喫煙 吸う 1日に[              本 ]を[                      本 ]から  
吸わない 以前吸っていた [              年間・1日              本 ]

9. その他、心配なこと、聞きたいことなどがあれば記入してください。