

小児科問診票 (再診)

受診日：

名前： \_\_\_\_\_

付き添い：父・母・祖父・祖母・ \_\_\_\_\_

体温： \_\_\_\_\_ °C 体重： \_\_\_\_\_ kg

\*待合室の体重計で測定できない方は処置室で測定しますので、受付にお声がけください

**□前回受診と同じ症状**

よくなった                      変わらない                      悪くなった

前回受診後、変わったことがあれば教えてください

**□前回受診と違う症状**

\_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から

熱                                      咳                                      鼻水

嘔吐： \_\_\_\_\_ 回/日              下痢： \_\_\_\_\_ 回/日              発疹

その他： \_\_\_\_\_

・食欲：    ある              まあまあ              ない

・活気：    ある              まあまあ              ない

周りで同じ症状の人はいますか？流行している病気はありますか？

いいえ    はい： \_\_\_\_\_

他院で治療を受けていますか？お薬手帳をお持ちの方は提出してください

いいえ    はい    病名： \_\_\_\_\_

くすり： \_\_\_\_\_

一緒に、ご家族の病気・予防接種相談で受診の希望はありますか？

いいえ    はい： 受診者名 \_\_\_\_\_

\*服を脱ぎやすくして、準備をお願いします

\*診察前に、ミルクやお菓子などをあげないようにしてください