内　科
小児科　原医院　問診票

（再診用）

記入年月日　　年　　月　　日

フリガナ		性別	男　・　女		
お名前		生年月日	年　　月　　日（　　歳）		
		身長	cm	体重	kg
住所	＊前回ご来院より変更のある方はご記入下さい。 〒				
電話		携帯電話			

① 今日はどうなさいましたか？

□　熱（体温：　　℃）　□　寒気がする　　□　ぐったりしている　□　のどが痛い

□　咳（終日・日中・夜）　□　痰が絡む　　□　ゼーゼーしている　□　鼻水　□　鼻づまり

□　お腹が痛い　□　下痢　□　嘔吐・吐気　□　便秘（最終排便　　日前）　□食事が摂れない

□　胸が痛い　□動悸　□　息切れする　□　むくみ　□　めまい　□　頭痛

□　その他　（　　）

② その症状はいつからどのような様子ですか？

（　　）

③ まわりに同じような症状の方はいますか？

はい→（どなたですか？：　　）　・　いいえ

④ 飲んでいるお薬はありますか？

はい→（　　）　・　いいえ