

前回受診日

月 日

体 重

k g

体 温

℃

日付

問 診 票

ふりがな		男 ・ 女
お名前		
年 齢	歳	か月



1. 前回受診されたときと比べて、症状はいかがでしょうか？あてはまるものに✓をしてください。

<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> よくなった	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 悪くなった (月 日から)
<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> よくなった	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 悪くなった (月 日から)
<input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> よくなった	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 悪くなった (月 日から)
<input type="checkbox"/> 痛み	<input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> のど <input type="checkbox"/> おなか <input type="checkbox"/> 耳 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	<input type="checkbox"/> よくなった	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 悪くなった (月 日から)
<input type="checkbox"/> 嘔吐	<input type="checkbox"/> よくなった	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 悪くなった (月 日から)
<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> よくなった	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 悪くなった (月 日から)
<input type="checkbox"/> 発疹	<input type="checkbox"/> よくなった	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 悪くなった (月 日から)
<input type="checkbox"/> その他 ()			
	<input type="checkbox"/> よくなった	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 悪くなった (月 日から)

2. お薬はのめていますか？

のみきった のめている のめない

3. 他に気になること、ご相談されたいことがあれば、お書きください。

ありがとうございました。