＜問診票＞（再診用）

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

今日は、どういう症状で来院されましたか？ 当てはまるものに丸印を（　）につけて下さい。
その症状がいつごろからか、[　] にご記入ください。

発熱　（　）（家・幼稚園などで　　℃）[　　]
坐薬→使用（　）時頃・不使用

咳	（　）[　　]	頭痛	（　）[　　]
鼻水	（　）[　　]	喘鳴	（　）[　　]
鼻閉	（　）[　　]	呼吸困難	（　）[　　]
吐き気	（　）[　　]	けいれん	（　）[　　]
嘔吐	（　）[　　]	発疹・湿疹	（　）[　　]
下痢	（　）[　　]	その他	（　）[　　]
腹痛	（　）[　　]	検査結果	（　）
		アトピー・喘息の経過	（　）

※発疹・湿疹・その他に丸印をつけられた方は具体的に症状を書いて下さい。
また、気になることや、お尋ねになりたいことがあればご記入ください。

[　　]

○現在の体重	○院内で測った体温
kg	℃