

# 再診の方の問診票

記入日 令和 年 月 日

ふりがな

お名前 男 女 生年月日 平成・令和 年 月 日

年齢 歳 か月

体重 kg 体温 °C

1. 今日はどうされましたか？ ある症状に○を付けてください。 その症状はいつ頃からですか？

- ・発熱（ 体温 °Cまで ）
- |                              |                              |                             |                               |                               |   |
|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 一昨日 | <input type="checkbox"/> 昨日  | <input type="checkbox"/> 本日 | <input type="checkbox"/> その他（ | ）                             |   |
| ・鼻汁                          | <input type="checkbox"/> 一昨日 | <input type="checkbox"/> 昨日 | <input type="checkbox"/> 本日   | <input type="checkbox"/> その他（ | ） |
| ・咳                           | <input type="checkbox"/> 一昨日 | <input type="checkbox"/> 昨日 | <input type="checkbox"/> 本日   | <input type="checkbox"/> その他（ | ） |
| ・ゼーゼー                        | <input type="checkbox"/> 一昨日 | <input type="checkbox"/> 昨日 | <input type="checkbox"/> 本日   | <input type="checkbox"/> その他（ | ） |
| ・腹痛                          | <input type="checkbox"/> 一昨日 | <input type="checkbox"/> 昨日 | <input type="checkbox"/> 本日   | <input type="checkbox"/> その他（ | ） |
| ・下痢                          | <input type="checkbox"/> 一昨日 | <input type="checkbox"/> 昨日 | <input type="checkbox"/> 本日   | <input type="checkbox"/> その他（ | ） |
| ・嘔吐                          | <input type="checkbox"/> 一昨日 | <input type="checkbox"/> 昨日 | <input type="checkbox"/> 本日   | <input type="checkbox"/> その他（ | ） |
| ・発疹                          | <input type="checkbox"/> 一昨日 | <input type="checkbox"/> 昨日 | <input type="checkbox"/> 本日   | <input type="checkbox"/> その他（ | ） |
| ・その他（                        | <input type="checkbox"/> 一昨日 | <input type="checkbox"/> 昨日 | <input type="checkbox"/> 本日   | <input type="checkbox"/> その他（ | ） |

2. 前回受診後の経過を教えてください。

.....

.....

3. 周りに同じような症状の方はいますか？

- ・いいえ ・・・ ・はい（

4. その他、気になっていることがあればご記入ください。

.....

.....



もねの里こどもクリニック  
MONENOSATO KODOMO CLINIC

四街道市もねの里6-10-11  
TEL. 043-312-5533