

再診問診票 (記入日 年 月 日)

ふりがな		年齢	体重	体温
お名前	男・女	歳 か月	kg	°C

**今回の症状を教えてください。**

発熱(最高体温 °C) 咳(少し・多い・咳で吐く・咳で起きる) 鼻水 頭痛 腹痛  
吐き気 嘔吐 下痢 発疹(ぶつぶつ)

その他( )

**症状は?** (良くなっている・変わらない・悪くなっている・薬が飲めない)

**今のお子さんの様子を教えてください**

1. 機嫌(いつも通り・やや悪い・悪い)
2. 水分(いつも通り・通常の半分程度・通常の半分以下)
3. 睡眠(いつも通り・やや浅い・眠れない)
4. 食欲(いつも通り・通常の半分程度・通常の半分以下)
5. おしっこ(いつも通り・少ない・出ていない 最後のおしっこ 時頃)

**診察に際して何かご希望があればお書きください。**

(例)座薬がほしい、薬は粉薬のほうが良い、検査をしてほしい、点滴や入院治療の相談がしたい  
( )