

ID

再診 問診票

記入日 年 月 日

フリガナ

患者氏名 生年月日 年 月 日

体重 . kg 体温 . 度

ご記載者 父 母 ご本人 その他 ()

ご来院の理由をお答えください。

前回のつづき

発熱 咳 胸がゼイゼイいう 鼻汁・鼻閉

嘔吐 下痢 便秘 血便 血尿

発疹 乾燥 痛み (部位)

食欲がない 元気がない 顔色が悪い

病気が流行している (病名)

その他 ()

* ご住所、お電話番号などに変更がありましたら、受付までお申し出ください。

ご記載ありがとうございました。