一般外来問診票（再診）

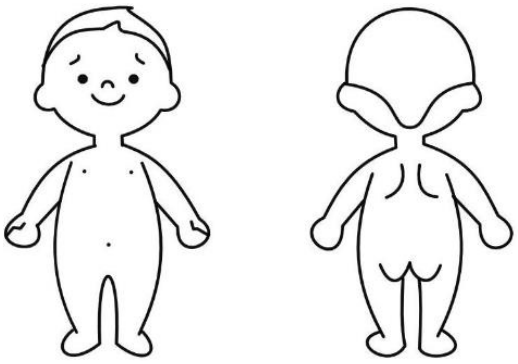
ふりがな 名　前	年齢　　歳	性別　□男　□女
生年月日　　昭・平　　年　　月　　日	体重　　kg	体温　　℃

1）本日はどのような症状，あるいは目的で来られましたか？

熱　　□なし　□あり→　　日前から　（　　℃）
咳　　□なし　□あり→　　日前から
鼻水　□なし　□あり→　　日前から
喘鳴　□なし　□あり→　　日前から
嘔気　□なし　□あり→　　日前から
嘔吐　□なし　□あり→　　日前から　　回
下痢　□なし　□あり→　　日前から　　回（　水便　ドロドロ　軟らかめ　）
食欲　□あり　□なし→（食事量　　）
便秘　□なし　□あり→（最後に出たのは　　日前）

その他（ご自由にお書き下さい）

部位に〇をしてください。



診療について希望があれば御記入下さい。　例）検査希望　、　坐薬がほしい　、　粉薬はいや