

【問診票・再診用】

ふりがな お名前	年齢	15歳以下の方のみ体重を ご記入ください。	体温
	歳	Kg	°C
			解熱剤服用 有・無

前回の続きの方

- ・症状がどうなりましたか？ (よくなった ・ かわらない)
- ・症状がかわらない方は、お薬の変更を希望しますか？
(はい ・ いいえ ・ どちらでも)
- ・ご要望やご不明点などありましたら、
ご記入ください。 ()

前回と違う症状の方、久しぶりの方

当てはまる症状を○で囲んでください。

耳 (左 ・ 右)	鼻	のど	その他
<ul style="list-style-type: none"> ・耳が痛い ・耳から液がでる ・耳がかゆい ・耳垢を取ってほしい ・音の聞こえが悪い ・耳がつまる感じがする ・耳鳴り ・異物感がある 	<ul style="list-style-type: none"> ・くしゃみ ・鼻水 ・鼻づまり ・花粉症 ・鼻血 ・異物感がある ・においがしない 	<ul style="list-style-type: none"> ・のどが痛い ・飲み込みにくい ・声が出しづらい ・痰が出る ・咳が出る ・息苦しい ・異物感がある ・違和感 	<ul style="list-style-type: none"> ・めまい (裏面もご記入ください) ・頭痛 ・目のかゆみ ・首の腫れ ・その他 ()

- ・レントゲン、内視鏡などの詳しい検査希望しますか？
(する ・ しない ・ 必要があればする)

現在治療中の病気はありますか？ (ない ・ ある ⇒ある方 ())

現在服用している薬はありますか？ (ない ・ ある)

【お子様へ】 お薬の剤形の希望 粉薬・シロップ・錠剤

【女性の方へ】 現在妊娠中ですか？ はい・いいえ

授乳中ですか？ はい・いいえ