



再診用

フリガナ
名前

体温 () 度 / 体重 (kg · g)

西暦 年 月 日生 (歳 ヶ月)

★ 当てはまる症状に✓を入れて下さい。

身近に流行している感染症はありますか？ はい いいえ
 コロナ インフルエンザ その他 ()

発熱 本日 () 時頃から () 日前から 前の受診から
最高 () 度

解熱剤は使用しましたか？ はい () 日 () 時頃使用
 いいえ

咳 本日 () 日前から 前の受診から
 多 少 いつ頃多く出ますか？ (朝 ・ 夜 ・ 1日中)

鼻水・鼻づまり 本日 () 日前から 前の受診から

嘔吐 本日 () 日前から 前の受診から
何回ぐらいですか？ (回/日)

最初に吐いたのは () 日 () 時頃

最後に吐いたのは () 日 () 時頃

下痢 本日 () 日前から 前の受診から
何回ぐらいですか？ (回/日)

湿疹 本日 () 日前から 前の受診から
部位はどこですか ()

その他 ()

※他院で処方されている薬がありましたら、お薬手帳をお出してください。

※住所・電話番号の変更がありましたら、下記にご記入ください。

()



再診用

フリガナ
名前

体温 () 度 / 体重 (kg · g)

西暦 年 月 日生 (歳 ヶ月)

★ 当てはまる症状に✓を入れて下さい。

身近に流行している感染症はありますか？ はい いいえ
 コロナ インフルエンザ その他 ()

発熱 本日 () 時頃から () 日前から 前の受診から
最高 () 度

解熱剤は使用しましたか？ はい () 日 () 時頃使用
 いいえ

咳 本日 () 日前から 前の受診から
 多 少 いつ頃多く出ますか？ (朝 ・ 夜 ・ 1日中)

鼻水・鼻づまり 本日 () 日前から 前の受診から

嘔吐 本日 () 日前から 前の受診から
何回ぐらいですか？ (回/日)

最初に吐いたのは () 日 () 時頃

最後に吐いたのは () 日 () 時頃

下痢 本日 () 日前から 前の受診から
何回ぐらいですか？ (回/日)

湿疹 本日 () 日前から 前の受診から
部位はどこですか ()

その他 ()

※他院で処方されている薬がありましたら、お薬手帳をお出してください。

※住所・電話番号の変更がありましたら、下記にご記入ください。

()