

ID

No.

問診票（再診）

院長

顧問

ふりがな

氏名

男・女

生年月日

西暦

年

月

日

(年齢

才

ヶ月)

体重

kg

身長

cm

体温

°C

(SaO₂

%,

BP

/

mmHg,

PR

/min)

発熱の経過

食欲

あり

なし

睡眠

良い

不良

機嫌

良い

普通

悪い

咳

痰

鼻

嘔吐

下痢

腹痛

頭痛

胸痛

その他（詳しい症状）

希望する薬の種類

シロップ

粉

錠剤