

No.

# 再診問診票

年 月 日

お名前(カタカナでご記入ください)

年齢

歳( 月)

## 本日の症状

・熱がある ( / ~ )  
・発疹がある ( / ~ )  
・咳 ( / ~ )  
・鼻 ( / ~ )  
・下痢 ( / ~ )  
・嘔吐 ( / ~ )  
・腹痛 ( / ~ )  
・頭痛 ( / ~ )  
・咽頭痛 ( / ~ )  
・血便 ( / ~ )

## 本日の体重

kg

\* ご自由にお書きください

・その他 ( / ~ )  
・健康診断 ( / ~ )

\* ご自由にお書きください

ヒバリこどもクリニック