

カルテNo \_\_\_\_\_

# 再診問診票

名前 \_\_\_\_\_

年齢 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ カ月

## <体温表>

日付																		
時間	朝	昼	夜	朝	昼	夜	朝	昼	夜	朝	昼	夜	朝	昼	夜	朝	昼	夜
41°C																		
40°C																		
39°C																		
38°C																		
37°C																		
36°C																		
35°C																		
メモ																		

現在の熱 \_\_\_\_\_ °C

本日はどうされましたか？ (該当するものに○をつけてください)

- 発熱 \_\_\_\_\_ 日前～ \_\_\_\_\_ 時頃～ ( \_\_\_\_\_ 日間) (最高 \_\_\_\_\_ °C) → 解熱剤使用 (あり・なし)
- 咳 \_\_\_\_\_ 日前～ ( \_\_\_\_\_ 日間) (痰がらみ・ケンケン・ゼーゼー・咳こんで起きる)
- 鼻 \_\_\_\_\_ 日前～ (くしゃみ・鼻づまり・鼻水→さらさら・ネバネバ・透明・黄色・緑色)
- 吐き気 \_\_\_\_\_ 日前～ 嘔吐 (あり・なし) \_\_\_\_\_ 日前～ (1日 \_\_\_\_\_ 回)
- 下痢 \_\_\_\_\_ 日前～ 回数 \_\_\_\_\_ 回 (軟便・水様便・血便・白色便・不消化)
- 腹痛・頭痛・咽頭痛 \_\_\_\_\_ 日前～  その他の痛み \_\_\_\_\_ 日前～ 部位 ( \_\_\_\_\_ )
- 便秘 \_\_\_\_\_ 日前～ ( \_\_\_\_\_ 日間) 普段の排便 ( \_\_\_\_\_ 日に \_\_\_\_\_ 回)
- 発疹 \_\_\_\_\_ 日前～ (頭・顔・首・胸・お腹・背中・お尻・手・足・その他 \_\_\_\_\_ )
- その他 ( \_\_\_\_\_ )

\*元気 (良い・少し悪い・悪い)

\*食欲 (良い・少し悪い・悪い)

\*機嫌 (良い・少し悪い・悪い)

\*おっぱい・ミルクの飲み (良い・少し悪い・悪い)