

# 再診用

お名前

体重

kg

体温

℃

他院処方箋

あり・なし

\*該当する症状に□にチェックを入れてください

熱

日

時

℃

咳

日から

鼻水

日から

透明

黄色

鼻閉

日から

咽頭痛

日から

腹痛

日から

便秘

日から

下痢

日から

頭痛

日から

発疹

日から 部位

保湿剤希望

軟膏 泡タイプ ローション 相談

前回の続き

良くなった あいかわらず 悪くなった

その他の症状をご記入ください。