

当院再診の方へ

フリガナ

お名前

さん / くん

現在、通園・通学していますか？

はい いいえ

保育園
幼稚園

小学校
中学校

年生

前回の来院後、保険証・住所・TELに変更がありますか？
 はい いいえ

ご家庭や学校・幼稚園・保育園で特別な流行病はありますか？
↳(病名: _____)

お薬手帳はお持ちですか？

現在、服用・使用しているお薬はありますか？

↳(薬: _____)

ご希望のお薬の形・回数

1日2回

シロップ

粉

錠剤・カプセル

軟膏

テープ

座薬

本日はどうされましたか？

前回の続き(症状に変わりなし・改善・悪化)
新しい症状のある方は下記にご記入ください

発熱

↳(いつから _____ 月 _____ 日 AM/PM _____ 時頃)

↳(最高 _____ °C 本日 _____ °C)

下痢(軟便・どろどろ・水様・白い・血便)

↳(いつから _____ 月 _____ 日 ~) → 回数(1日 _____ 回くらい)

嘔吐

↳(いつから _____ 月 _____ 日 ~) → 回数(1日 _____ 回くらい)

肌(ぶつぶつ・赤み・乾燥・痒み)

↳(全身・部位 _____)

水疱 → (水痘ワクチン接種 _____ 回 接種済・未接種)

水分摂取(いつもどおり・やや少ない・少ない)

食事摂取(いつもどおり・やや少ない・少ない)

はなみず

↳(さらさら・ネバネバ・鼻づまり・他 _____)

咳

↳(痰がらみ・から咳・ぜいぜい・かすれ声)

痛み(おなか・頭・耳・目・のど・その他 _____)

↳耳の下 →

(おたふくかぜワクチン接種 _____ 回 接種済・未接種)

その他