

フリガナ

現在、通園・通学していますか？

お名前

さん/くん

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？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 忘れた	現在、服用・使用しているお薬はありますか？ ↳(薬: _____)
---	--------------------------------------

ご希望のお薬の飲み方 <input type="checkbox"/> 1日2回	ご希望のお薬の種類 <input type="checkbox"/> シロップ <input type="checkbox"/> 粉 <input type="checkbox"/> 錠剤・カプセル <input type="checkbox"/> 軟膏 <input type="checkbox"/> テープ <input type="checkbox"/> 座薬
---	---

本日はどうされましたか？

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)

●(本日 _____ 回)

嘔吐

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

●(本日 _____ 回)

体重: _____ kg

咳

↳(痰がらみ・から咳・ぜいぜい・かすれ声)

はなみず

↳(さらさら・ネバネバ・鼻づまり・くしゃみ・他 _____)

肌(ぶつぶつ・赤み・乾燥・痒み)

↳(全身・部位 _____)

水疱→(あり・なし)

痛み(おなか・頭・耳・目・のど・その他 _____)

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)

その他

携帯番号: _____