

# 診・保・証 忘(院・車・駐) 当院再診の方

フリガナ

お名前

男 / 女

歳

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  
高校 \_\_\_\_\_ 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	★ご家族に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	★学校・幼稚園・保育園で特別な流行病はありますか？ 病名 ( _____ )
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？

★現在、服用・使用しているお薬はありますか？

発熱 解熱剤の使用 あり・なし  
 ↳ (いつから \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 AM/PM \_\_\_\_\_ 時頃)  
 ↳ (最高 \_\_\_\_\_ °C / 本日 \_\_\_\_\_ °C)

↳ 薬: \_\_\_\_\_

体重 \_\_\_\_\_ kg

下痢 (軟便・どろどろ・水様・白い・血便)  咳  
 ↳ (いつから \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~) → 回数 (1日 \_\_\_\_\_ 回くらい) ↳ (痰がらみ・から咳・ぜいぜい・かすれ声)  
 ● (本日 \_\_\_\_\_ 回) オットセイみたいな咳

嘔吐  はなみず  
 ↳ (いつから \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~) → 回数 (1日 \_\_\_\_\_ 回くらい) ↳ (さらさら・ネバネバ・鼻づまり・くしゃみ・他 \_\_\_\_\_ )  
 ● (本日 \_\_\_\_\_ 回)

☆食事量 (いつもどおり・やや少ない・少ない)  皮膚 (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・他 \_\_\_\_\_ )

大きく丁寧に  
携帯番号: \_\_\_\_\_

車 \_\_\_\_\_

{ その他 } \_\_\_\_\_