



No. _____

受診日 月 日

ふりがな			男 女	歳 月 日	
お名前					
体温	℃	現在の体重	kg		
集団生活	あり () 保育園 ・ 幼稚園 ・ 学校 / まだ				
お薬の希望	粉 ・ シロップ ・ 錠剤	薬の回数	1日2回 / 1日3回		
現在飲んでいるお薬はありますか？	はい ・ いいえ	電話	()		

本日はどのような症状で来院されましたか。主な症状に◎、あてはまる項目に○を付けてください。

この症状では初めての診察 ・ 前回の続き		※ほかの症状もあれば○してください。	
発熱	・ 今日から ・ 昨日から ・ () 日前から		最高 ℃
咳	・ 今日から ・ 昨日から ・ () 日前から		・ コンコン ・ ゴホゴホ ・ ゼイゼイ ・ ケンケン その他 ()
鼻水	・ 今日から ・ 昨日から ・ () 日前から		水鼻 黄緑はな 鼻づまり
痛み	頭：・ 今日から ・ 昨日から ・ () 日前から	のど：・ 今日から ・ 昨日から ・ () 日前から	
	耳：・ 今日から ・ 昨日から ・ () 日前から	その他：・ 今日から ・ 昨日から ・ () 日前から	
腹痛	・ 今日から ・ 昨日から ・ () 日前から		どのあたり ()
吐く	・ 今日から ・ 昨日から ・ () 日前から / の () 時頃から		回 / 最終は 日前の 時頃
下痢	・ 今日から ・ 昨日から ・ () 日前から		便はいつもより ・ 柔らかい ・ ドロドロ ・ 水っぽい 便の色は ・ 茶 ・ 白 ・ 血混じり ・ その他 ()
	・ 今日から ・ 昨日から ・ () 日前から		かゆみ： ・ ある ・ ない
湿疹・発疹	部位： ・ 頭 ・ 顔 ・ 首 ・ 胸 ・ お腹 ・ 背中 ・ 手足 ・ おしり		
	その他気になることを記入してください		

*水分は取れていますか？	・ はい ・ いいえ
*一日の尿回数	回 / おむつ交換 回
*夜は眠れていますか？	・ はい ・ いいえ
*食事は摂れていますか？	・ はい ・ いいえ
*今までにお薬を飲んで具合が悪くなったことはありますか	・ はい ・ いいえ

※ 当院の診察券をお持ちでない方は、以下の記入もお願い致します。

*今までかかったことのある病気に○を付けてください。
・ けいれん ・ 突発性発疹 ・ 溶連菌 ・ 水ぼうそう ・ おたふく

*予防接種の済んでいるものに○を付けてください。わかる範囲内でお願ひします。
・ ヒブ ・ 小児肺炎球菌 ・ ロタウイルス ・ B型肝炎 ・ 4種混合 ・ BCG
・ MR (麻疹・風疹) ・ 水ぼうそう ・ おたふく ・ 日本脳炎