



ふりがな

お名前

男・女

歳

ヵ月

体温

℃

体重

kg

( ) 保育園・幼稚園・小学校・中学校・通っていない

今日はどのような件で来院されましたか？番号に○をつけて下さい。

1. 診察 2. 登園登校許可証 ( / )、病児病後児保育医師連絡票 ( / ~ / )、その他の診断書  
2020年1月以降に海外滞在歴がありますか いいえ / はい (国・地域名 )

今日はどのような症状がありますか？チェック欄に✓を入れ、必要事項を記入して下さい。

✓		
<input type="checkbox"/>	熱(最高 ℃)	いつからですか？：前回から続き / 月 日 時頃～
<input type="checkbox"/>	咳	いつ頃からですか？ <input type="checkbox"/> 頃から <input type="checkbox"/> 前回から続き (ひどくなっている/変わりなし/よくなっている) <input type="checkbox"/> 乾いた咳 <input type="checkbox"/> たんがらみ <input type="checkbox"/> ゼーゼー <input type="checkbox"/> 犬やオットセイがなくような咳
<input type="checkbox"/>	鼻の症状	<input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 鼻づまり
<input type="checkbox"/>	腹痛	いつからですか？ 月 日 時頃～ / 前回から続き
<input type="checkbox"/>	嘔気・嘔吐	いつからですか？ 月 日 時頃～ / 前回から続き 最後に吐いたのはいつ？ 月 日 時頃 最後に吐いた後水分等をとれていますか？ はい / いいえ
<input type="checkbox"/>	下痢	<input type="checkbox"/> 水のように <input type="checkbox"/> 泥のように <input type="checkbox"/> 色は？ ( )
<input type="checkbox"/>	便秘	いつから？ 前回から続き (ひどくなっている/変わりなし/よくなっている) / 頃から
<input type="checkbox"/>	発疹	どこに？ 下熱後？ はい/いいえ かゆみ あり / なし / 不明
<input type="checkbox"/>	その他	<input type="checkbox"/> のどが痛い <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 耳が痛い (左/右/両方) <input type="checkbox"/> 目やに (左/右/両方) <input type="checkbox"/> その他相談したいこと ( )

機嫌はよいですか？  よい  まあまあ  悪い

元気はどうですか？  よい  まあまあ  ない

眠れますか？  眠れる  時に起きる  しばしば起きる  眠れない

食欲はどうですか？  ほぼいつも通り  半分位  少し  ない  母乳やミルクは飲める

水分はとれますか？  とれる  少しとれる  とれない

薬はどれがいいですか？  こな薬  シロップ  錠剤 (たま)  どれでもよい

ねつさましは必要ですか？  坐剤  とん服 (こな)  とん服 (シロップ)  とん服 (たま)  不要

※ねつさましは熱がない場合には処方できないことがあります

園・学校やご家族で流行しているものがあればお書き下さい。

他の病院・医院で処方されている薬がありますか いいえ/はい→お薬手帳をお預け下さい

近日中に当院で予防接種や乳児健診の予定があれば、日付と内容をお書き下さい