

どんな具合ですか？



おなまえ

_____ さま 体重 _____ kg

診察日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

_____ 保育園名・幼稚園名・学校名 [_____] ・未就園

●いつ頃からどういう症状ですか？ 発熱（ _____ 日から _____ ℃ ある・ない）

（ _____ ）

（ _____ ）

（ _____ ）

咳（ある・ない） 鼻汁（ある・ない） 頭痛（ある・ない） 腹痛（ある・ない） 咽頭痛（ある・ない）

●治療や検査などに関するご希望をお書きください。（ _____ ）

↓下記は○で囲んだり、数字などを記入してください。

●食欲……普通 ・ 少しない ・ ほとんどない ●ごきげんについて…… 良い ・ 普通 ・ 悪い

●嘔吐……ある（ _____ 回／日） ・ ない ●アレルギー……ある（卵・牛乳・その他 [_____] ） ・ ない

●けいれん……ある ・ ない ●現在服用中の薬……ある（ _____ ） ・ ない

●便秘…… _____ 日に _____ 回（硬・普・下痢） ●現在治療中の病気……ある（ _____ ） ・ ない

●薬の副作用……ある（ _____ ） ・ ない ●鼻水の吸引希望（ある ・ ない）

●薬……飲みやすいものに○を、飲めないものに×を記入してください。（ _____ ）水薬 ・ （ _____ ）粉薬 ・ （ _____ ）錠剤 ・ （ _____ ）漢方薬

●これまでにかかった病気……アトピー ・ ぜんそく ・ 中耳炎 ・ 肺炎 ・ 熱性けいれん ・ 突発性発疹 ・ その他（ _____ ）