

# 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具合ですか？具体的にわかりやすくご記入ください。

●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( \_\_\_\_\_ )