

ふりがな
お名前

男・女 才 か月 体重 kg

今のお熱 _____℃ ★体重で、おくすりの量が変わりますので、体重は測ってください。

1. 今回の主な受診の目的は？

2. いつから(日付)症状は、ありますか？ あてはまるものに○を付けてください。

続きの方は、今の症状を書いてください。

前回に比べて症状は？

発熱	/	時~	℃	最高体温	日に	℃	良い	変わらない	悪い		
		熱さましの使用 (あり 時 ・なし)	解熱	日~	頭痛	関節痛					
咳	/	痰がらみ	ヒューヒュー	コンコン	オットセイのような		良い	変わらない	悪い		
		咳込み(眠れる 眠れない)		咳あげ	回						
		多く出る時間帯 (寝る時 睡眠時 起床時 昼間 一日中)									
鼻水	/	透明 白 黄色 緑	タラタラ	ドロっと	鼻づまり	くしゃみ	良い	変わらない	悪い		
目の症状	/	(右 左)	充血	めやに	かゆみ	腫れ	良い	変わらない	悪い		
耳の症状	/	(右 左)	痛み	耳だれ	聞こえが悪い		良い	変わらない	悪い		
口の症状	/	のどの痛み	水ぶくれ	白いプツプツ	痛み		良い	変わらない	悪い		
おなかの症状	嘔吐	/	時頃から	最終	日	時頃	良い	変わらない	悪い		
			昨日	回	・ 今日	回				吐き気	
	下痢	/	軟便	ドロドロ	水様	血便				酸っぱい臭い	白っぽい
			昨日	回	・ 今日	回					
	腹痛	/	時々	今も痛みあり			良い	変わらない	悪い		
			場所(おへその 上 ・ 下 まわり)								
	便秘	/	日回	普通便	コロコロ	軟便	血液付着	良い	変わらない	悪い	
皮膚の症状	/	発疹	かゆみ	赤み	はれ	水ぶくれ	出血	良い	変わらない	悪い	
		カサカサ	ジクジク								
		(頭 顔 首 口 手 足 お腹 背中 おしり その他)									
食欲(あり なし)	水分(とれる とれない)						良い	変わらない	悪い		
元気(あり なし)	機嫌(良い 悪い)										

3. 現在、使用中のお薬は、ありますか？

ある (当院で 他院で 市販薬) ・ ない 常用薬

お薬の形態の希望 (粉薬 シロップ 錠剤 特になし)

熱さましの予備は、欲しいですか？ はい(座薬 粉 錠剤) ・ いない

※その他、気になる症状、相談あれば、ご記入ください。

