

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 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)				良い 変わらない 悪い
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 昨日 回 ・ 今日 回 吐き気			良い 変わらない 悪い
	下痢	/	軟便 ドロドロ 水様 血便 酸っぱい臭い 昨日 回 ・ 今日 回			良い 変わらない 悪い
	腹痛	/	時々 今も痛みあり 場所(おへその 上 ・ 下 まわり)			良い 変わらない 悪い
	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 カサカサ シクシク (頭 顔 口 手 足 お腹 背中 おしり その他)				良い 変わらない 悪い
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)					良い 変わらない 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。

