

フリガナ		平成・令和 年 月 日 生
お名前		性別：男・女 年齢： 歳 ヶ月 ※3歳未満の方は〇ヶ月までご記入下さい
ご住所	〒	来院者：父・母・祖父・祖母・その他()
お電話番号	自宅() - 携帯() -	→父・母・祖父母
マイナンバーカードをご提示の方は、被保険者氏名をお書きください。()		

※できるだけ詳しく記入して下さい。※受診歴のある兄弟・姉妹名 ()

来院時の体温： ℃ 現在の体重 kg 解熱剤の最終使用 時

薬のアレルギー：なし・あり ()
 食物アレルギー：なし・あり ()
 通園・通学：なし・あり (保・幼・小・中)
 流行：なし・あり ()
 家族症状 ()

【発熱の経過】		
日にち	あさ	晩
/		
/		
/		
/		
/		

●今までに指摘されたことのあるご病気に〇をつけて下さい。
 気管支喘息・アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・
 熱性けいれん(今までに 回、最終けいれん 年 月)
 てんかん・心疾患 ()
 その他、何か疾患などあればご記入下さい
 ()

解熱剤の希望(あり・なし)
(錠・粉・坐)

●症状あるものは口にチェックをつけて、お書き下さい。

- 発熱 (いつから / 発熱時からの最高体温 ℃・解熱剤最終使用 時)
- せき (いつから / たんがからむ・乾いた感じ・ケンケン・声がれ)
- 喘鳴 (息をすうときにゼーゼーやヒューヒューいう)
(いつから / 今回初めて・今までも風邪をひいたときにあり)
- 鼻水 (いつから / 透明・色がついている・鼻づまり)
- 嘔吐 (いつから / 1日 回、最後に吐いたのは 月 日の 時頃)
- 下痢 (いつから / 1日 回 やわらかい・どろどろ・水みたい・血便)
- 発疹 (いつから / 全身・顔・体・手足・()、かゆみ：なし・あり)
- 腹痛 (いつから / おなかのどのあたり、最終排便： /)
- 頭痛 (いつから / あたまのどのあたり)
- 最近の医療機関の最終受診 (月 日、 病院・クリニック)
- 現在の内服薬 あり・なし (お薬手帳持参あり・なし)
お薬手帳ない方はお薬名をご記入下さい ()
・睡眠状態(夜中起きる・眠れている・寝付き悪い)

◎その他の症状や、ご相談されたい内容がございましたらお書きください。