

受付番号：	おなまえ		男・女	年齢： 歳	ヶ月	来院者 父 ・ 母
来院時の体温	℃	通園・通学名	保・幼・小・中			その他（ ）
体重	Kg	流行：なし・あり（ ） / 家族症状（ ）				

●次のような症状はございますか？症状があるものは□にチェックをつけて詳しく症状をご記入下さい。

□発熱（いつから / 発熱時からの最高体温： °C・解熱剤の最終使用 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（息を吸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 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） 解熱剤の希望（あり・なし）

□腹痛（いつから / おなかのどのあたり、最終排便： / ）（錠・粉・坐）

□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）お薬手帳持参： あり・なし

服用中の内服薬名をご記入下さい（ ）

・睡眠状態（寝付きが悪い・夜中起きる・眠れている）

◎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下さい。

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