

ふりがな お名前	男 / 女	
本日同伴の方：母 / 父 / 祖父母 その他 ()	体温： ℃	体重： kg

★ 今日はどうされましたか？（あてはまるものに○ もしくは記入）

前回の続き または定期受診

その他の場合は

★ 前回と比べて [改善 / 悪化 / 変わらない] こちらに記入

★ 前回受診後の様子・本日の来院理由



()

前回とは別の症状や追加の症状がある

発熱（体温：.....℃）

咳（痰がからむ / 乾いた咳 / ぜいぜい / けんけん）

鼻水（透明 / 色つき） 喉が痛い 頭痛 腹痛

嘔吐（1日.....回） 下痢（1日.....回） 発疹（部位：.....）

その他（自由記入）

()

★ 症状はいつからですか？ [.....] から

★ 食事や水分は [両方とれている / 水分だけ / 両方とれない]

★ 周囲で流行している病気や症状があればご記入ください。

()