

ふりがな お名前   (男/女)	歳	体重  kg	体温  ℃
	カ月		

★本日同伴の方について…(間柄:母/父/祖父母/その他 )

★お薬や食べ物、その他でアレルギーに変更はありますか？

なし/あり [ ]

★今日はどうされましたか？①～④の該当する項目に○やご記入をお願いします。

①前回の続きで受診→(前回の症状…改善/変化なし/悪化)

※前回受診後からの症状の経過についてご記入下さい。

②前回とは別の症状、または追加の症状がある ※該当症状をご記入ください。

- 発熱 (体温: )
- 咳 (痰がからむ/乾いた/ぜいぜい/けんけん) • 頭痛 • 腹痛 • 喉の痛み
- 鼻水 (透明/色つき) • 嘔吐 (1日 回) • 下痢 (1日 回)
- 発疹 (部位: )

その他 [ ]

>症状はいつからですか？ [ ] から]

>食事、水分はとれていますか？ (両方とれている/水分だけ/両方とれてない)

>周囲で流行している病気はありますか？ いいえ/はい→ ( )

③定期受診 [ ]

④検査結果説明で受診 [ ] 検査]