

車種 () 色 () ナンバー () 電話番号 (- -)

フリガナ ※ねつで来院の方は車種など記入をお願いします。

おなまえ: _____ (男・女) 生年月日: S・H・R _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳 _____ ヶ月)

身長: _____ cm 体重: _____ kg ※体重の測定は毎回お願いいたします。 体温: _____ °C

_____ 託児所・保育園・こども園・幼稚園・小学校・中学校 / 未就園児

(右記記載事項を希望される場合はし点を入れてください) 吸入希望 鼻汁吸引希望 アレルギー検査・血液型検査結果を聞きに来た

●ねつ : いつから (_____ 月 _____ 日 _____ 曜日) から → (熱型表をお持ちの方はご提示ください) (コロナに感染 あり _____ 年 _____ 月頃・なし)

●頭痛 : いつから (_____ 月 _____ 日 _____ 曜日) から

●吐き気 : いつから (_____ 月 _____ 日 _____ 曜日) から → (今は大丈夫・今も気持ち悪い)

●おう吐 : いつから (_____ 月 _____ 日 _____ 曜日) から 1日 _____ 回くらい吐いた

●げり : いつから (_____ 月 _____ 日 _____ 曜日) から 1日 _____ 回くらい下痢している (便の色: 白・茶・緑・ _____ 色)

最後に便がでたのは (_____ 月 _____ 日 _____ 曜日) → 便の硬さ (硬い便・普通便・なん便・水様便)

●腹痛 : いつから (_____ 月 _____ 日 _____ 曜日) から → (今は大丈夫・今も痛い)

●便秘 : (_____ 日くらい出ていない・以前からの続き → 毎日出る・2~3日に1回出る)

●せき : いつから (_____ 月 _____ 日 _____ 曜日) から → (せきあげ : なし・あり・せきで吐きそう)

●ゼーゼーする : いつから (_____ 月 _____ 日 _____ 曜日) から ●のどが痛い : いつから (_____ 月 _____ 日 _____ 曜日) から

●はな水 : いつから (_____ 月 _____ 日 _____ 曜日) から ●はなづまり : いつから (_____ 月 _____ 日 _____ 曜日) から

●発疹 : いつから (_____ 月 _____ 日 _____ 曜日) から 部位: _____ かゆみ: あり・なし / 乾燥している

●ぜん息 : (経過受診 → 落ち着いている・喘息ぎみ) (※) その他、症状がありましたら余白部分に、ご記入ください。

※★印の箇所は、必ずご記入下さい。 ★水分は摂れていますか: はい・いいえ ★夜ぐっすり眠れていますか: はい・いいえ

★ 現在、他の医療機関に通院していますか? いいえ・はい (病院名 _____ 受診日、治療内容等 _____)

★ 現在または最近まで使用していた薬はありますか? いいえ・はい (病院名: _____ 薬の名前: _____)

★ 薬のアレルギーはありますか? いいえ・はい (薬の名前、症状等 _____)

★ (女性: おとなのかた) 現在妊娠中または授乳中ですか? いいえ・はい (妊娠週数 _____ 週・授乳中 _____)