

フリガナ

お名前： \_\_\_\_\_ (男・女) 生年月日： 昭和・平成 年 月 日 ( 歳 ヶ月)

身長： \_\_\_\_\_ cm

体重： \_\_\_\_\_ kg

体温： \_\_\_\_\_ °C

※体重の測定は毎回お願いいたします。

(来院目的)  吸入希望  鼻汁吸引希望  検査結果

お子さまの通われている託児所・保育園・幼稚園・学校などをご記入ください

\_\_\_\_\_ 託児所・こども園・保育園・幼稚園・小学校・中学校 / 未就園児

●前回の診察から症状が続いている方は、該当する症状に○をつけてください。

熱・咳・ゼーゼーする・喘息・鼻水・鼻づまり・腹痛・吐き気・下痢・頭痛・発疹・便秘・その他 ( \_\_\_\_\_ )

●はじめて受診される方・前回の受診より間隔があいている方・新しい症状がある方は、下記に現在の症状をご記入ください。

※★印の箇所は、必ずご記入下さい。

発熱 : いつから ( 月 日 曜日から) →※熱型表をつけてきていただいた方はお見せください。

頭痛 : いつから ( 月 日 曜日から)

嘔吐 : いつから ( 月 日 曜日から) 1日 \_\_\_\_\_ 回くらい吐いた

吐き気 : いつから ( 月 日 曜日から)

下痢 : いつから ( 月 日 曜日から) 1日 \_\_\_\_\_ 回くらい下痢をしている →便の色 ( \_\_\_\_\_ 色)

最後に便がでたのは ( 月 日 曜日) →便の硬さ ( 硬便 ・ 普通便 ・ 軟便 ・ 水様便 )

腹痛 : いつから ( 月 日 曜日から)

咳 : いつから ( 月 日 曜日から) →咳き上げ: なし ・ あり

ゼーゼーする : いつから ( 月 日 曜日から)

鼻汁 : いつから ( 月 日 曜日から)

鼻づまり : 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

★水分は摂れていますか: はい ・ いいえ

★ぐっすり眠れていますか: はい ・ いいえ

★現在、または最近まで使用している薬はありますか: いいえ ・ はい (病院名: \_\_\_\_\_ 薬の名前: \_\_\_\_\_ )

●その他、気になること、聞いておきたいことがありましたら、ご記入ください(余白部分や裏面にご記入頂いても結構です)。