

お名前	年齢	体重	来院時の体温
	歳 月	kg	°C

本日はどうされましたか。当てはまるものに○をつけてください。

診察・喘息・アレルギー・薬・夜尿・低身長・検査・書類など

↓症状があるものに○をつけてください。症状が出てきた日を(/)にご記入ください。

発熱	(/) ()時ころからの発熱 最高()°C
せき	(/)から 乾いたせき・痰がらみ・ゼーゼー・ケンケン
鼻水	(/)から 鼻づまり・黄緑色・透明
おうと	(/)から 1日()回 突然吐く・咳き込んで吐く
げり	(/)から 1日()回 水様・泥状・血便・白色
腹痛	(/)から ずっと・ときどき
便秘	(/)から便が出ていない いつもは()日に1回のペース
ひふ	(/)から 湿疹・乾燥 頭・顔・口・体・おしり・手・足
その他	

食事は	いつもどおり・少なめ・全くとれない ⇒(/)から
水分は	いつもどおり・少なめ・全くとれない ⇒(/)から
おしっこは	いつもどおり・少なめ・全く出ない ⇒(/)から

お薬の希望	【のみ薬は】	【解熱剤は】
	シロップ・粉・錠剤	坐薬・のみ薬
いま飲んでいるお薬はありますか。 なし・あり ⇒(お薬の名前)		