

★身長 () cm ★体重 () Kg ★現在の体温 () °C

★ () 保育園/幼稚園/中学校/高校・・・園や学校で流行しているもの ()

本日はどうされましたか？

- 再診 なんの再診ですか？ ()
 発熱 いつからですか？ 月 日頃から・・・解熱剤使用は？ (月 日)

★あてはまる症状の場合は、レ点をチェックしてください★

- | | | | |
|---------|--------------------------|------|--------------------------|
| ★ 鼻汁 | <input type="checkbox"/> | ★ 鼻閉 | <input type="checkbox"/> |
| ★ 咳 | <input type="checkbox"/> | ★ 頭痛 | <input type="checkbox"/> |
| ★ 喉の痛み | <input type="checkbox"/> | ★ 嘔吐 | <input type="checkbox"/> |
| ★ スキンケア | <input type="checkbox"/> | ★ 下痢 | <input type="checkbox"/> |
| ★ 蕁麻疹 | <input type="checkbox"/> | ★ 便秘 | <input type="checkbox"/> |
| ★ 眼脂 | <input type="checkbox"/> | | |

☆他に聞きたいことはありますか？☆

- アレルギーのこと ()
 予防接種のこと ()
 おねしょのこと ()
 学校のこと ()
 心のこと ()
 他に何かありますか？

()

他院処方がありますか？はい いいえ ()

救急受診や他院受診中ですか？何を治療していますか？ ()

アレルギーはありますか？ある方は何のアレルギーですか？ ()

内服可能なお薬の形 水薬 粉薬 錠剤またはカプセル

本日、診察終了後に予防接種・健診予約を希望されますか？はい いいえ

解熱剤希望 はい いいえ

住所・電話番号に変更はありませんか？ はい いいえ