

お名前 _____ さん

生年月日 S・H / /

熱 _____ 体重 _____ Kg

● 感染症（水ぼうそう・おたふくなど）の疑いがある方は、受付までお申し出ください。

① 今日はどうされましたか？

検査結果のみ

薬を希望

症状に○をつけて、様子をご記入ください。一番気になるものに、★印をつけてください。

一番気になることは？		いつから？ どのような状態？
	発熱	
	咳	
	鼻水・鼻つまり	
	腹痛	
	下痢	
	嘔吐	
	その他	

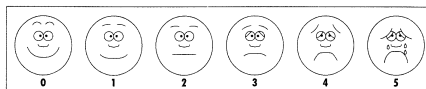
② ①について

病院に行った？ いいえ ・ はい

何か薬を飲んでいますか？ いいえ ・ はい （お薬手帳をご用意ください）

③ 治療中の他の病気について ない ・ ある（病名： _____ 内服・外用・その他）

④ お子さんの様子



きげんは？ 0・いつも通り 1 2 3 4 5・悪い

元気は？ 0・いつも通り 1 2 3 4 5・ぐったり（遊べない 歩けない）

食欲は？ 0・いつも通り 1 2 3 4 5・ない

水分補給は？ 0・いつも通り 1 2 3 4 5・飲めない（最終摂取 時頃）

オシッコの量 0・いつも通り やや少ない 5・少ない（最終排泄 時頃）

⑤ ご希望・その他（お薬 点滴希望 検査希望 他の病院に紹介して欲しい 病児保育室希望）