

名前 \_\_\_\_\_

来院時体温 \_\_\_\_\_℃

体重 \_\_\_\_\_ kg → お薬の量に関係します。

\*同居家族の発熱（なし・あり⇒どなたですか？： \_\_\_\_\_）

\*所属：（ \_\_\_\_\_ ） 保育園・幼稚園・小学校・中学校

① 周りで流行はありますか？ なし・コロナ・他（ \_\_\_\_\_ ）

② どのようなことで来院されましたか？

ねつ	月 日の AM/PM 時頃から	最高 _____℃ 2日以上は、体温表にご記入下さい
はな	月 日から	・透明 ・色つき ・さらさら ・ドロドロ ・はなづまり
せき	月 日から	・かわいた咳 ・痰がらみ 夜は⇒・眠れる ・眠れない
痛み	月 日の AM/PM 時頃から	・のど ・おなか ・あたま ・耳（右・左） ・耳の下（右・左） ・その他（ _____ ）
吐く	月 日の AM/PM 時頃から	今までで _____ 回 最後の嘔吐は _____ 日 時頃
下痢	月 日から	1日に _____ 回くらい どんな便ですか？⇒ 水様・泥状・軟便
皮膚	月 日から	・乾燥 ・ぶつぶつ ・赤み ・かゆみ 場所（ _____ ）
・治癒証明 ⇒（病名 _____ ） 指定の用紙（あり・なし）		

③ 今回のことで、他の医療機関を受診されましたか？

・いいえ ・はい ⇒ \*お薬はもらいましたか？（ はい ・ いいえ ）

\*お持ちですか？（ 電子お薬手帳 ・ お薬手帳 ・ なし ）

その他（ご自由にご記入下さい）