

名前 \_\_\_\_\_

来院時体温 \_\_\_\_\_ °C

体重 \_\_\_\_\_ kg → お薬の量が関係します。

\*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 °C 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 ・眼れない
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 今回のことでの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)