

【ご記入者： 母・父・祖母・祖父・本人・その他_____】

ID _____ ふりがな
氏名 _____ (男・女) 体重 _____ kg

生年月日 S・H・R _____ 年 月 日 _____ 歳 _____ ヶ月 体温 _____ °C

※体重計で計測お願いします

- 発熱 (_____) 熱の経過 _____ 解熱剤使用(なし・あり)
- 鼻汁 (_____) 透明・色付き・鼻づまり
- 咳 (_____) 痰からみの咳・乾いた咳
- 嘔吐 (_____) 1日 _____ 回 最後に吐いた時刻(_____ : _____) その後の水分摂取は 可・不可
- 下痢 (_____) 1日 _____ 回 水様便・泥状便・軟便 _____ 色(茶色・白色・血混じり)
(半固形状)
- 痛み (_____) 頭痛・咽頭痛・腹痛・関節痛
- その他 (_____)

◇集団生活はしていますか？ (いいえ・はい →施設名(_____))

◇周囲や家族で流行している病気はありますか？ (いいえ・ _____)

◇現在、他の医療機関へ通院されていますか？ (いいえ・はい)

病名(_____) 病院名(_____)

◇現在、飲んでいるお薬はありますか？ (いいえ・はい → お薬手帳をご提示お願いします)

◇お薬の希望(シロップ・粉薬・錠剤) ※解熱剤(シロップ・粉薬・錠剤・坐薬)

◇他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？ (いいえ・はい)

◇今までに大きな病気にかかりましたか？ (才頃・ _____)

◇アレルギー疾患はありますか？ (いいえ・はい)

喘息・鼻炎・花粉症・アトピー性皮膚炎・その他(_____)

薬(_____)・食物(卵・牛乳・小麦・その他 _____)

本日付き添い保護者 母・父・祖母・祖父・本人・その他

付添者 TEL (_____ - _____)