

お名前 体重 kg

生年月日 年 月 日 年齢 才

登園(校)名 こども園・保育園・幼稚園・小・中・高

★今回の症状で受診は初めてですか？はいいいえ(本院・分院・他院 )

★今回の受診目的は？ 定期的受診( 喘息 ・ アトピー ・ 花粉症 ・ その他 )

★マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？( はい ・ いいえ )

★具体的な症状について(引き続きの場合は、前回受診後からの経過を記入して下さい)

日付 いつから	時間	発熱	症状(○をつけて下さい)下の段に詳しく書いてください
	AM 時	℃	咳・たん・鼻水・痛み・下痢・吐き気・おう吐・湿疹
	PM 時	℃	
	AM 時	℃	咳・たん・鼻水・痛み・下痢・吐き気・おう吐・湿疹
	PM 時	℃	
	AM 時	℃	咳・たん・鼻水・痛み・下痢・吐き気・おう吐・湿疹
	PM 時	℃	

【咳】眠れる・眠れない (どんな咳? )

【鼻水】透明・白・黄・緑・つまり⇒眠れる・眠れない

【痛み】のど痛・耳痛(右・左)・頭痛・腹痛・他 \_\_\_\_\_

【下痢】1日 \_\_\_ 回(血便 ⇒ なし・あり)

【おう吐】 \_\_\_ 日 \_\_\_ 時頃～最後は \_\_\_ 日 \_\_\_ 時頃 合計 \_\_\_ 回

【食欲】なし・あり 【水分】取れる・取れない 【元気】なし・あり

【希望のお薬の形状は？ 粉・錠剤】 【妊娠 有・無 授乳 有・無】

【その他】今回の受診で、気になること相談したいことがありましたら記入して下さい。

お名前 体重 kg

生年月日 年 月 日 年齢 才

登園(校)名 こども園・保育園・幼稚園・小・中・高

★今回の症状で受診は初めてですか？はいいいえ(本院・分院・他院 )

★今回の受診目的は？ 定期的受診( 喘息 ・ アトピー ・ 花粉症 ・ その他 )

★マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？( はい ・ いいえ )

★具体的な症状について(引き続きの場合は、前回受診後からの経過を記入して下さい)

日付 いつから	時間	発熱	症状(○をつけて下さい)下の段に詳しく書いてください
	AM 時	℃	咳・たん・鼻水・痛み・下痢・吐き気・おう吐・湿疹
	PM 時	℃	
	AM 時	℃	咳・たん・鼻水・痛み・下痢・吐き気・おう吐・湿疹
	PM 時	℃	
	AM 時	℃	咳・たん・鼻水・痛み・下痢・吐き気・おう吐・湿疹
	PM 時	℃	

【咳】眠れる・眠れない (どんな咳? )

【鼻水】透明・白・黄・緑・つまり⇒眠れる・眠れない

【痛み】のど痛・耳痛(右・左)・頭痛・腹痛・他 \_\_\_\_\_

【下痢】1日 \_\_\_ 回(血便 ⇒ なし・あり)

【おう吐】 \_\_\_ 日 \_\_\_ 時頃～最後は \_\_\_ 日 \_\_\_ 時頃 合計 \_\_\_ 回

【食欲】なし・あり 【水分】取れる・取れない 【元気】なし・あり

【希望のお薬の形状は？ 粉・錠剤】 【妊娠 有・無 授乳 有・無】

【その他】今回の受診で、気になること相談したいことがありましたら記入して下さい。