

ふりがな
お名前 _____ 体重 _____ kg

生年月日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 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)

★女性の方へ 妊娠していますか？(はい・いいえ)

授乳していますか？(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(O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 | ℃ | |
| | AM 時 | ℃ | 咳・たん・鼻水・痛み・下痢・吐き気・おう吐・湿疹 |
| | PM 時 | ℃ | |

【咳】なし・あり⇒眠れる・眠れない

(どんな咳？例:ヒューヒュー _____)

【声がれ】なし・あり

【鼻水】透明・白・黄・緑・つまり⇒眠れる・眠れない 【たん】透明・白・黄

【痛み】のど痛・耳痛(右・左)・頭痛・腹痛・他 _____

【下痢】1日 _____ 回(水様・泥状・[血便⇒なし・あり])

【おう吐】 _____ 日 _____ 時頃～最後は _____ 日 _____ 時頃 合計 _____ 回

【湿疹】どこに _____ どのな _____

【食欲】なし・あり 【元気】なし・あり

【その他】相談希望でご心配なことがあればご記入下さい。

ふりがな
お名前 _____ 体重 _____ kg

生年月日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 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)

★女性の方へ 妊娠していますか？(はい・いいえ)

授乳していますか？(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(O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 | ℃ | |
| | AM 時 | ℃ | 咳・たん・鼻水・痛み・下痢・吐き気・おう吐・湿疹 |
| | PM 時 | ℃ | |

【咳】なし・あり⇒眠れる・眠れない

(どんな咳？例:ヒューヒュー _____)

【声がれ】なし・あり

【鼻水】透明・白・黄・緑・つまり⇒眠れる・眠れない 【たん】透明・白・黄

【痛み】のど痛・耳痛(右・左)・頭痛・腹痛・他 _____

【下痢】1日 _____ 回(水様・泥状・[血便⇒なし・あり])

【おう吐】 _____ 日 _____ 時頃～最後は _____ 日 _____ 時頃 合計 _____ 回

【湿疹】どこに _____ どのな _____

【食欲】なし・あり 【元気】なし・あり

【その他】相談希望でご心配なことがあればご記入下さい。