



ふりがな お名前		男 ・ 女 様	体温 ℃
生年月日 S・H・R 年 月 日	年齢 歳 ヶ月	体重 kg	
ご連絡先 〒 *電話番号			
園・学校名		かかりつけ医	

- アレルギー、出生時のことや既往など伝えておきたいことがあればお書きください。

- 今日はどうされましたか？
 - 発熱（37.5℃以上） 解熱剤使用 なし・あり（最後は？ ）
 - いつから？ 月 日 朝・昼・夕・夜から
 - いちばん高かったのは何度？ ℃、受診直前は？ ℃
 - 咳 鼻水 下痢 便秘 元気がない・ぐったりしている
 - ぶつぶつがでている その他の皮膚トラブル 食欲がない 頭痛
 - その他（ ）
- 周囲ではやっている病気がありますか？（複数回答可）
 - 風邪 インフルエンザ RSウイルス りんご病 ノロウイルス
 - ロタウイルス おたふく風邪 みずぼうそう 溶連菌 手足口病
 - プール熱 ヘルパンギーナ その他（ ）
- 薬の希望などあれば形状に印をつけてください。
 - 粉薬 錠剤やカプセル 座薬 薬を飲むのが苦手
 - ローション クリーム その他（ 回数希望など ）
- 当院をどのようにして知りましたか？
 - 当院のホームページ 前を通過して 知人・家族から聞いて
 - 電柱広告を見て ネット検索(GoogleMap、病院ナビ、他)
 - その他（ ）