

今日はどのようなことで来院されましたか？

お子さまのお名前（ひらがなで） _____ 男・女 体重 _____ k g

↓ 該当にチェック (✓) をして下さい 体重 _____ k g (必ず記入して下さい)

発熱 _____ 月 _____ 日 _____ °C _____ 月 _____ 日 _____ °C _____ 月 _____ 日 _____ °C
_____ 月 _____ 日 _____ °C _____ 月 _____ 日 _____ °C _____ 月 _____ 日 _____ °C

咳 いつから _____ 月 _____ 日 痰 ある・ない 咳あげ ある・ない _____

鼻水 いつから _____ 月 _____ 日 ある・ひどい 鼻づまり ある・ない _____

下痢 いつから _____ 月 _____ 日 軟便・水様・血便 _____ 回/日 _____

嘔吐 いつから _____ 月 _____ 日 _____ 回/日 _____

腹痛 いつから _____ 月 _____ 日 ある ・ ひどい _____

ゼーゼー いつから _____ 月 _____ 日 ゼロゼロ・ヒューヒュー・ひどい _____

発疹 いつから _____ 月 _____ 日 部位 _____ かゆみ あり・なし _____

頭痛 いつから _____ 月 _____ 日 ある ・ ひどい _____

のどの痛み いつから _____ 月 _____ 日 ある ・ ひどい _____

その他 _____

今日はどのようなことで来院されましたか？

お子さまのお名前（ひらがなで） _____ 男・女 体重 _____ k g

↓ 該当にチェック (✓) をして下さい 体重 _____ k g (必ず記入して下さい)

発熱 _____ 月 _____ 日 _____ °C _____ 月 _____ 日 _____ °C _____ 月 _____ 日 _____ °C
_____ 月 _____ 日 _____ °C _____ 月 _____ 日 _____ °C _____ 月 _____ 日 _____ °C

咳 いつから _____ 月 _____ 日 痰 ある・ない 咳あげ ある・ない _____

鼻水 いつから _____ 月 _____ 日 ある・ひどい 鼻づまり ある・ない _____

下痢 いつから _____ 月 _____ 日 軟便・水様・血便 _____ 回/日 _____

嘔吐 いつから _____ 月 _____ 日 _____ 回/日 _____

腹痛 いつから _____ 月 _____ 日 ある ・ ひどい _____

ゼーゼー いつから _____ 月 _____ 日 ゼロゼロ・ヒューヒュー・ひどい _____

発疹 いつから _____ 月 _____ 日 部位 _____ かゆみ あり・なし _____

頭痛 いつから _____ 月 _____ 日 ある ・ ひどい _____

のどの痛み いつから _____ 月 _____ 日 ある ・ ひどい _____

その他 _____