

氏名 (カタカナ) く ー ちゃん	年齢 才 月	体重	体温 ℃
----------------------	-----------	----	---------

郵便番号 ()

住所 _____

連絡先 (自宅) _____ (携帯) _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

出生時の状態について 出生体重 _____ g 在胎週数 _____ 週 _____ 日

正常分娩 異常分娩 () 帝王切開

本日はどうされましたか？

- 発熱 (いつから 月 日 時頃～ °C) → 解熱剤使用 (あり・なし)
- 鼻水 (いつから 月 日から) → (さらさら・ネバネバ・鼻づまり・他 _____)
- 咳 (いつから 月 日から) → (痰がらみ・から咳・ゼーゼー・他 _____)
- 吐き気 (いつから 月 日から)
- 嘔吐 (いつから 月 日から) → 回数 (1日 回くらい・最後に吐いたのは 時頃)
- 下痢 (いつから 月 日から) → 回数 (1日 回くらい)
便の状態 (水様・泥状・軟) 便の色 (黄茶色・白色・血が混じる) におい (すっぱい・他 _____)
- 便秘 (いつから 月 日から _____ 日間)
- 発疹 (いつから 月 日から) → 部位 (頭・顔・手・足・おしり・胸腹部・他 _____)
- 鼻吸引希望
- 救急受診をした (いつ 月 日) → どう言われたか _____
- その他の症状 ()
- ◎水分摂取 (よい まあまあ 少ない) ◎固形物摂取 (よい まあまあ 少ない)
- ◎睡眠 (よい まあまあ 少ない) ◎機嫌・活気 (よい まあまあ 悪い)
- ◎ご家族や周囲で体調の悪い方はいらっしゃいますか？
(なし・あり → 誰が: 症状は:)
- ◎現在使っているお薬 (飲み薬や塗り薬) はありますか？
 なし あり → お薬手帳を添えるか薬名をご記入ください ()
- ◎アレルギーについて なし あり → アルコール綿 薬 (薬名 症状)
 食べ物 (牛乳・卵・その他 _____ 症状)
- ◎内服可能な薬の形 水薬 粉薬 錠剤またはカプセル

接種ずみの予防接種について (母子手帳をご用意ください)

- BCG 肺炎球菌 (1/2/3/追加) ヒブ (1/2/3/追加) ロタ (1/2/ (3)) B肝 (1/2/3)
- 三種混合 (1/2/3/追加) 四種混合 (1/2/3/追加) 麻疹風疹 (1/2) みずぼうそう (1/2)
- おたふくかぜ (1/2) 日本脳炎 (1/2/3/4) 子宮頸癌 (1/2/3)

今までにかかった病気について

- 突発性発疹症 けいれん (熱性・無熱性) みずぼうそう おたふくかぜ 麻疹 (はしか)
- 風疹 川崎病 他 ()