

氏名 (カタカナ) くん・ちゃん	年齢 才 ヶ月	体重	体温 ℃
---------------------	------------	----	---------

住所・電話番号や保険証に変更がある場合は受付にお伝えください。

### 本日はどうされましたか？

- 前回の続き → (□良くなった □変わらず □悪化している)
- 発熱 (いつから 月 日 時頃～ ℃) → 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 \_\_\_\_\_
- 前回の薬追加希望
- 検査結果 (保護者のみ来院)
- その他の症状 ( \_\_\_\_\_ )

### いまの状態はどうですか？

- ◎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 ( \_\_\_\_\_ )

### 変更がある方は下記もご記入ください

- ◎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