

おなまえ \_\_\_\_\_ 性別 男・女 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月 体重 \_\_\_\_\_ kg

目的は？
今回の主な受診
症状は？

今 \_\_\_\_\_ °C

- 大きな病気にかかったことはありますか？ 心臓の病気・腎臓の病気・川崎病・喘息・先天性疾患 ( )  
その他 ( )
- アレルギーはありますか？ 食べ物 ( )・薬 ( )
- 周りで流行している病気はありますか？ 無・有 ( ) どこで ( )

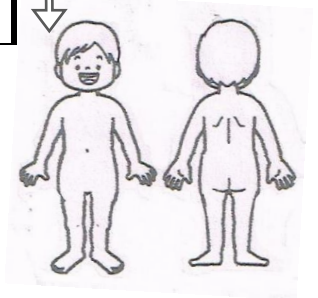
症状 ↓ いつから ↓

発熱	／	時～ 最高体温 日 時 °C、解熱 日 日～	前回に比べて症状は？ ↓
咳	／	頭痛・関節痛・その他 ( ) 痰がらみ・ヒューヒュー・コンコン・ケンケン・ゼイゼイ・咳込み (寝苦しい) 多く出る時間⇒ (寝る前・睡眠時・明け方・起床時・昼間・一日中) (眠れる)	(良い、変わらない、悪い)
鼻水	／	透明・白・黄・緑 → (濃い・水様) 鼻づまり・くしゃみ	(良い、変わらない、悪い)
目の症状	／	充血・目やに・かゆみ・腫れ (右・両目・左)	(良い、変わらない、悪い)
耳の症状	／	痛み・耳だれ・聞こえが悪い (右・両耳・左)	(良い、変わらない、悪い)
口の症状	／	痛み・水疱・白いポツポツ・のどの痛み・痒み	(良い、変わらない、悪い)
お腹の症状	嘔吐	／	時頃～、最終 日 時頃、合計 回、吐き気
	下痢	／	(軟便・泥状便・水様便・血便・酸臭) 1日 回
	腹痛	／	(時々・今も持続) 夜中の排便(有・無)
	便秘	／	最終排便 日、(普通便・硬便・軟便・血液付着)
皮膚の症状	／	発疹・かゆみ・赤み・腫れ・水疱・カサカサ・ジクジク・出血	(良い、変わらない、悪い)

食欲 (有・無) または ミルク/母乳 (とれる・とれない) 水分 (とれる・とれない)

最終排尿 ( 時 ) 元気(機嫌): 良い・普通・悪い・倦怠

部位



- 現在使用中の薬がありますか？ ある(1.当院で処方 2.他院で処方 3.市販薬)・ない

常用薬:

- 薬形態の希望 粉薬・シロップ・錠剤・軟こう・点眼・浣腸・特になし

※その他、新たに気になる症状・相談などあれば記入して下さい。

クリニック記入欄