

お名前

年齢

歳

ヵ月

体重

kg

当てはまる症状に☑をして設問にお答えください

発熱 月 日から 月 日まで 最高 度 現在 度

せき 月 日から

・痰がからみますか? からむ からまない

・咳が出始めてから ひどくなっている 変わらない 良くなっている

・咳が出るのは 朝 昼 寝入り 0時~ 朝方4時頃~

鼻汁 月 日から 透明 黄色・緑色 白色 詰まっている

嘔吐 月 日から 1日に 回嘔吐 最後の嘔吐 月 日 時頃

・水分を摂取出来ていますか? はい 少し いいえ

下痢 月 日から 1日に 回 腹痛

味覚・嗅覚の異常 (飲み物や食べ物の味やにおいがわからない)

その他 ( )

★食欲 ある すこしはある ない

★睡眠 昨晚はよく眠れた 少しは眠れた 眠れなかった

★元気 ある 少しはある ない

★この2週間で家庭内に発熱・咳・息切れ・味覚や嗅覚の異常をみとめた方がいる

いいえ はい ⇒ ( 熱 咳 息切れ 味覚・嗅覚の異常 )

★周りで流行している病気はありますか?

保育園 幼稚園 学校 習い事

インフルエンザ 水ぼうそう おたふくかぜ 胃腸炎 溶連菌 りんご病

手足口病 ヘルパンギーナ アデノ(プール熱) RSウイルス ヒトメタニューモウイルス

★他院で処方されたお薬はありますか?

いいえ はい (はいの方はおくすり手帳を診察室で見せてください)

★処方薬剤についてのご希望はありますか? (お薬の種類によってはご希望に添えない場合もあります)

シロップ 粉 錠剤 座薬 テープ 1日2回

★先生に聞きたいことがありましたらご記入ください

[ ]