

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

腹痛 月 日から ・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

頭痛 月 日から 倦怠感 月 日から

咽頭痛 月 日から 関節痛 月 日から

その他 ()

★食欲 ある すこしはある ない

★睡眠 昨晩はよく眠れた 少しは眠れた 眠れなかった

★元気 ある 少しはある ない

★コロナに感染した事がありますか? → ない ある (年 月頃)

★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 家族

コロナウイルス 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

{ }