



記入日 年 月 日

診察券番号 _____

ふりがな _____

お名前 _____ (男 ・ 女)

生年月日 年 月 日 (歳 か月)

体温 _____ °C 体重 _____ kg

メブチン ポスミン 鼻吸引
胸部 X-p Waters 浣腸()ml
咽頭アデノ 溶連菌 RS hMPV
Flu ロタ・アデノ ノロ 便培養
一般尿 カテ尿 パック尿 尿培養
点滴 血算 CRP 血糖 アレルギー
エコー：腹部 頸部 心臓 その他

1. 主にどのような症状（あるいは目的）で来院されましたか？

症状に○をつけて、いつから始まったかお書き下さい

・定期受診

・数日前受診の後の再診（前回の受診日： 月 日）

・検査の結果を聞きに来た（アレルギー検査 ・ その他）

・発熱 (月 日から)、最高 () °C

・嘔吐 (月 日から)、() 回/日

・下痢 (月 日から)、() 回/日

・血便 (月 日から)、便の(一部・全体)

・腹痛 (月 日から)

・水分とれない (月 日から)

・その他 [_____]

・頭痛 (月 日から)

・のどの痛み (月 日から)

・咳 (月 日から)

・鼻みず (月 日から)

・呼吸が苦しい (月 日から)

・発疹 (月 日から)

以下の記載は不要です
必要があれば以下も記載下さい

2. 家族・園・学校に具合の悪い方や流行している疾患はありますか (はい ・ いいえ) ?

[具体的に： _____]

→3. 既往歴（生まれつきの病気、通院中の病気、入院・手術など）はありますか (はい ・ いいえ) ?

[気管支喘息、アトピー性皮膚炎、熱性けいれん、てんかん、早産児・低出生体重児

その他： _____]

4. 現在使用している薬はありますか (はい ・ いいえ) ? (お薬手帳の提示でも構いません)

[薬名： _____]

→5. 薬や食べ物のアレルギーはありますか (はい ・ いいえ) ?

[薬名・食品名： _____]

6. お薬の希望を教えてください

先発医薬品希望： あり ・ なし

内服薬 : 粉薬 ・ シロップ ・ 錠剤

解熱・鎮痛剤 : 粉薬 ・ シロップ ・ 錠剤 ・ 坐薬

7. 最後に伝えておきたいことがあれば、お書き下さい

[_____]

※住所・お電話番号を変更された場合は、お申し出下さい

以前と同様の内容であれば記載は不要です、心配な方は記載下さい