



今日の受診された理由を下記にお願いします

フリガナ () 男・女 予約番号 ()
お名前 () (才 ヶ月) 診察券番号 ()
お薬処方の為 体重 (kg) 幼児の方の薬は? (錠剤 粉 水)

下記のあてはまる項目に○印をつけ、必要な内容を御記入下さい

- 初めての症状
 - 前回の続き その症状の経過は 良い 変化なし 悪い
 - 検査結果 アレルギー(日) 尿() その他結果()
- ※ 発疹 は ありますか? いつから 部位

今日の症状はいかがですか? ○をつけて下さい

- ① 発熱 ()℃ いつから
- ② 咳 いつごろから 程度 は 強い 中 軽い
いつでますか 朝 昼 夜 一日中
- ③ 鼻水・鼻づまり いつから
- ④ 下痢 いつから 便の色 回数 /日
- ⑤ 嘔気・嘔吐 いつから 回
- ⑥ 腹痛 いつから
- ⑦ 食欲(あり ふつう なし) 機嫌 (良い ふつう 悪い)
- ⑧ その他 (症状・検査)

※以前受診された医院やほかに服用されているお薬があれば教えて下さい