

( 月)

(ふりがな)

お名前 男・女 ( 歳)

体温 ℃ / 体重 Kg

- 来院の目的をお書きください。  
 診察 登園許可書希望 血液検査 (再検査)  
 検査希望→(インフルエンザ 尿 血液)  
 その他 ( )
- 現在の症状をお書きください。  
 熱 →いつから ( / ) 体温 ( ℃)  
 咳 痰 ゼイゼイ 鼻水  
 嘔吐 下痢 腹痛 便秘  
 頭痛 咽頭痛 発疹 湿疹 じんま疹  
 その他 ( )
- 症状が熱・発疹と答えた方にお尋ねします  
 \*周囲で以下の流行がありますか?  
 インフルエンザ おたふく 水ぼうそう  
 その他 ( )  
 \*どこで?  
 家族 保育園 幼稚園 学校 その他 ( )
- 水分はとれていますか?  
 とれている 少しとれている とれていない
- 元気はありますか?  
 ある あまりない ぐったり
- お薬の形状は?  
 シロップ 粉薬 錠剤
- 熱さましを希望されますか? はい/いいえ  
 座薬 粉薬 錠剤

※住所は新患及び変更時のみ記入お願いします

住所: \_\_\_\_\_

電話番号: \_\_\_\_\_