

# どんな具合ですか？



おなまえ（ひらがなでお書きください）

\_\_\_\_\_ さま 体重 \_\_\_\_\_ kg

診察日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

\_\_\_\_\_ 保育園名・幼稚園名・学校名 [ \_\_\_\_\_ ] ・未就園

●いつ頃からどういう具合ですか？具体的にわかりやすく記入してください。熱があるときは裏面に記入してください。

以下は○で囲んだり、数字などを記入してください。 ●普段の就寝時刻： \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分～起床時刻： \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

●治療や検査などに関するご希望をお書きください。（ \_\_\_\_\_ ）

●咳（あり 日間・なし） ●鼻水（あり 日間・なし） ●ヒューヒュー（あり 日間・なし）

●食欲……普通 ・ 少ない ・ ほとんどない ●ごきげんについて…… 良い ・ 普通 ・ 悪い

●嘔吐……ある（ \_\_\_\_\_ 回／日） ・ ない ●アレルギー……ある（卵・牛乳・その他 [ \_\_\_\_\_ ] ） ・ ない

●けいれん……ある ・ ない ●服用していた薬……ある（ \_\_\_\_\_ ） ・ ない

●便秘…… \_\_\_\_\_ 日に \_\_\_\_\_ 回（硬・普・下痢） ●現在治療中の病気……ある（ \_\_\_\_\_ ） ・ ない

●薬の副作用……ある（ \_\_\_\_\_ ） ・ ない ●鼻水の吸引希望（ある ・ ない）

●薬……飲みやすいものに○を、飲めないものに×を記入してください。（ ）水薬 ・ （ ）粉薬 ・ （ ）錠剤 ・ （ ）漢方薬

●これまでにかかった病気……アトピー・ぜんそく・中耳炎・肺炎・熱性けいれん・突発性発疹・その他（ \_\_\_\_\_ ）