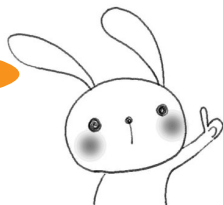


# どんな具合ですか？



おなまえ（ひらがなでお書きください）

\_\_\_\_\_ さま 体重 \_\_\_\_\_ kg

診察日：令和 \_\_\_\_\_ 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。

●咳（あり 日間・なし） ●鼻水（あり 日間・なし） ●ゼイゼイ（あり 日間・なし）

●食欲……普通・少しない・ない ●ごきげんについて……普通・悪い ●夜間不眠……あり・なし

●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 ●この数日間飲んでいた薬……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（ \_\_\_\_\_ ）

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