

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

体温	℃
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
- 水分摂取……普通・少ない・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。（ ）