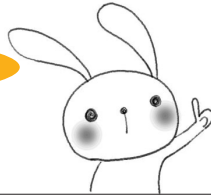


どんな具合ですか？



体温 °C
 体重 kg

診察日：令和 年 月 日

おなまえ

さま

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
- 服薬……1日（2回・3回）が良い ●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。（ ）

体温と症状

	月 日			月 日			月 日			月 日			月 日			月 日		
	朝	昼	夜	朝	昼	夜	朝	昼	夜	朝	昼	夜	朝	昼	夜	朝	昼	夜
40°																		
39°																		
38°																		
37°																		
36°																		

症状	せき	はな	おうと	げり
		-・+・+・+・+	-・+・+・+・+	-・+・+・+・+

↑ 無い場合は-・ある場合は+・多くある場合は++に○をしてください。

