

ふりがな お名前 西暦 年 月 日 体重 kg 才

生年月日 西暦 年 月 日 体重 kg 才

登園(校)名 西暦 年 月 日 体重 kg 才

★今回の症状で受診は初めてですか？口はいいえ(本院・分院・他院)

★今回の受診目的は？ 定期的受診(喘息・アトピー・花粉症・その他)

★女性の方へ 妊娠していますか？(はい・いいえ)

授乳していますか？(はい・いいえ)

★具体的な症状について(引き続きの場合は、前回受診後からの経過を記入して下さい)

日付 いつから	時間	発熱	症状(○をつけて下さい)下の段に詳しく書いてください
	AM 時	℃	咳・たん・鼻水・痛み・下痢・吐き気・おう吐・湿疹
	PM 時	℃	
	AM 時	℃	咳・たん・鼻水・痛み・下痢・吐き気・おう吐・湿疹
	PM 時	℃	
	AM 時	℃	咳・たん・鼻水・痛み・下痢・吐き気・おう吐・湿疹
	PM 時	℃	
	AM 時	℃	咳・たん・鼻水・痛み・下痢・吐き気・おう吐・湿疹
	PM 時	℃	

【咳】なし・あり⇒眠れる・眠れない  
(どんな咳？例:ヒューヒュー)

【声がれ】なし・あり

【鼻水】透明・白・黄・緑・つまり⇒眠れる・眠れない【たん】透明・白・黄

【痛み】のど痛・耳痛(右・左)・頭痛・腹痛・他

【下痢】1日\_\_回(水様・泥状〔血便⇒なし・あり〕)

【おう吐】\_\_日\_\_時頃～最後は\_\_日\_\_時頃 合計\_\_回

【湿疹】どこに\_\_どんな

【食欲】なし・あり【元気】なし・あり

【その他】相談希望でご心配なことがあればご記入下さい。

ふりがな お名前 西暦 年 月 日 体重 kg 才

生年月日 西暦 年 月 日 体重 kg 才

登園(校)名 西暦 年 月 日 体重 kg 才

★今回の症状で受診は初めてですか？口はいいえ(本院・分院・他院)

★今回の受診目的は？ 定期的受診(喘息・アトピー・花粉症・その他)

★女性の方へ 妊娠していますか？(はい・いいえ)

授乳していますか？(はい・いいえ)

★具体的な症状について(引き続きの場合は、前回受診後からの経過を記入して下さい)

日付 いつから	時間	発熱	症状(○をつけて下さい)下の段に詳しく書いてください
	AM 時	℃	咳・たん・鼻水・痛み・下痢・吐き気・おう吐・湿疹
	PM 時	℃	
	AM 時	℃	咳・たん・鼻水・痛み・下痢・吐き気・おう吐・湿疹
	PM 時	℃	
	AM 時	℃	咳・たん・鼻水・痛み・下痢・吐き気・おう吐・湿疹
	PM 時	℃	
	AM 時	℃	咳・たん・鼻水・痛み・下痢・吐き気・おう吐・湿疹
	PM 時	℃	

【咳】なし・あり⇒眠れる・眠れない  
(どんな咳？例:ヒューヒュー)

【声がれ】なし・あり

【鼻水】透明・白・黄・緑・つまり⇒眠れる・眠れない【たん】透明・白・黄

【痛み】のど痛・耳痛(右・左)・頭痛・腹痛・他

【下痢】1日\_\_回(水様・泥状〔血便⇒なし・あり〕)

【おう吐】\_\_日\_\_時頃～最後は\_\_日\_\_時頃 合計\_\_回

【湿疹】どこに\_\_どんな

【食欲】なし・あり【元気】なし・あり

【その他】相談希望でご心配なことがあればご記入下さい。