

予約 時 分 / 予約なし



井上こどもクリニック

ふりがな

お名前

男・女 満 才 ヶ月

体温 ℃

体重 kg

◀ あらかじめ、測定をお願いします。

来院者 (母親・父親・祖父母・その他 [])

1. 本日はどうされましたか? * 主な症状に と をつけ、必要に応じて記入をお願いします。最終受診日 (月 日) 前回の症状 → 良くなった 変わらず 悪くなった

- 38度以上の発熱 [月 日 時~]
- 咳 (乾いた咳・痰がらみ・睡眠 (良好・不良)・咳後嘔吐)
- 鼻水 (透明・黄緑色) 鼻づまり
- 耳痛 [月 日 時~] 耳鼻科受診 (あり・なし)
- 腹痛 [月 日 時~] (歩ける・歩けない)
- 嘔吐 [月 日~ / 1日 回] (水分とれる・少・とれない)
- 下痢 [月 日~ / 1日 回] (水様・泥状・血便)
- 発疹 [月 日 時~] (頭・顔・体・手足・おむつかぶれ)
- 便秘 [月 日~]
- 頭痛 のどの痛み 鼻吸引希望
- その他*

看護師記入欄

2. 上記の症状で他の医院を受診されましたか? はい いいえ

受診歴のある方は上のその他欄*に、受診日、受診医院、検査、説明、処方の詳細な記入をお願いします。

3. 現在服用中の薬や使用中の軟膏はありますか? はい (当院の薬のみ・その他) いいえ
ある場合には薬名をご記入ください。お薬手帳をお持ちであればご用意してお持ちください。

4. あらかじめお薬のご希望を教えてください。

 シロップ 粉 錠剤 (30kg以上) 軟膏 () 解熱剤 (坐薬・粉)5. 今までにかかった病気 熱性けいれん 突発性発疹 薬疹 () その他 ()6. 周囲で流行している病気がありますか? いいえ はい ()
園名・学校名 ()

7. かかりつけ医があればご記入をお願いします?

ご協力ありがとうございました。