

ID ()

☆年齢 (歳 ヶ月) ☆熱 (°C)

フリガナ

☆身長 (cm) ☆体重 (kg)

名前 (様) ※お薬を処方する場合がありますので、必ず体重をご記入ください。

①とりわけ相談したい事は何ですか。(いつから:)

②主な症状にチェックしてください。

- 発熱 (日 時~) 咳 喉の痛み 頭痛 鼻水
 嘔吐 (日 時~、回数 回、最終 日 時)
 下痢 (日 時~、回数 回、最終 日 時)
 便秘 発疹 元気(ある・ない) 水分(取れる・取れない)
 その他 ()

③あてはまるものがありましたらチェックしてください。

- 検査結果 鼻吸引希望 お薬希望
 予防接種の希望・相談 栄養・発育・発達についての相談

④他院の投薬はありますか。 ある ・ ない

⑤その他ご相談がありましたらご記入ください。()

