



ふりがな	男・女	歳 (ヶ月)	住所	〒	—
お名前					
生年月日 (S・H・R)	年	月	日	電話番号:	
集団生活: ()あり→()幼稚園・保育園・小学校・中学校・高校・その他 ()まだ					
薬局へのFAX: ()希望する→ かるがも薬局・スーパードラッグキリン万呂店・プライム薬局 その他 () FAX: () ()希望しない					

来院時体温 ()°C、体重 () kg

(1) 今日はどうしましたか? Oをつけて右の質問にお答えください (Oはいくつでも)

熱がでた → (月 日 午前・午後 時から . °C、元気・元気がない・ぐったり)

せきがでる → (月 日から、軽い・普通・ひどい・喘息がある)

→ 痰がらみ・夜眠れない・眠れるが起きる・せきこんで吐く・睡眠はとれている

はなみず → (月 日から、水鼻・青鼻・つまっている・目やに・花粉症)

痛いところがある → どこ?

きもちわるい・吐く → しんどくてがまんできない? (はい・いいえ)

下痢をした → (月 日から、1日 回、水のような・泥のような・いつもより少しゆるい)

水分、食欲は? → (とれる・少し・まったくとれない)

離乳食がまだの場合 → (母乳栄養・人工栄養・混合栄養)

便秘 → (最終排便 月 日)

かゆい・ぶつぶつ・はれている・赤くなっている → どこ?

相談したいことがある →

(2) いま使用している薬がありますか? (はい・いいえ)

別のクリニックで薬をもらっている・市販の薬 →

いつも使用している薬がある →

(3) これまでにかかった病気はありますか? (はい・いいえ)

けいれん → 何歳から?

歳

熱性けいれん? (はい・いいえ)

ぜんそく → 最近のほっさはいつですか?

そのほか →