

ID _____

ふりがな
氏名 _____

体重 _____ kg

_____ 歳 _____ ヶ月 (男・女)

体温 _____ °C

【ご記入者：母・父・祖母・祖父・その他 _____】

再診 症状・経過など

()

* 今日はどうしましたか？

いつから 何度でしたか？

発熱 () ()

色、性状など

鼻汁 () ()

どんな

咳 () (痰からみ 乾いた咳)

回数、性状など

嘔吐 () ()

回数、性状、色など

下痢 () ()

どこ

痛み () ()

その他

()

◇ 保育所、学校等で流行っている病気がありましたら教えてください

()

◇ 現在、飲んでいるお薬はありますか？

無・有 薬剤名 ()

※ お薬手帳を持参の方は、ご提示をお願いします。

※ お薬の剤形 (シロップは飲めない・粉薬は飲めない・錠剤は飲めない)