

予約 あり(時 分) ・ なし 来院時間(時 分)

お薬手帳 あり ・ なし

お薬希望 錠剤 ・ 粉

お持ちであれば受付でお預かりします

保護者氏名() 体温(°C)

ふりがな	
氏名	()才 男・女
体重(必須)	kg

※体重がわからない場合は、体重計で計測して記入してください

▶体温

今日の体温： 現在 °C、 最高 °C

37.5°C以上の熱があった： 月 日 (午前・午後) 時頃から

38°C以上の熱があった： 月 日 (午前・午後) 時頃から

解熱剤の使用： あり ・ なし 最終使用： 月 日 (午前・午後) 時頃

▶どのような症状ですか？

◇ 現在、ご家族や同じクラスで、病気の方がいれば詳しく教えてください

いつから： 月 日

誰が： 家族 () ・ 同じクラス ・ 他のクラス ・ その他 ()

何の病気： インフルエンザウイルス(A・B) ・ RSウイルス ・ 嘔吐下痢 ・ 溶連菌
アデノウイルス ・ 手足口病 ・ 新型コロナウイルス ・ その他 ()

▶その他の症状 当てはまるものに○をしてください

せき → なし ・ 少しあり ・ 多い ・ 眠れないほどあり ・ 朝方多い

鼻水 → なし ・ 透明 ・ 青色 ・ 黄色 ・ つまっている

食欲 → あり ・ ないが少しは食べる ・ 食べられないが水分は摂れる ・ 水分も摂れない

嘔吐 → なし ・ あり 昨日 回、 今日 回、 最後が 午前・午後 時頃

下痢 → なし ・ あり 昨日 回、 今日 回、 最後が 午前・午後 時頃

▶当番医 ・ 夜間小児 ・ 他の病院を受診しましたか？

月 日 当番医 ・ 夜間小児 ・ 他の病院()を受診した

検査 → なし ・ あり (内容：) 薬の処方 → なし ・ あり