

フリガナ	生年月日
氏名 男・女	平成・令和 年 月 日 (歳 か月) (西暦)

※※※変更がある方は下記も記載してください※※※

保護者名(主なご連絡先)	電話番号 (本人・母・父)
住所 〒 -	体温 °C

今日はどうされましたか。分かる範囲で記載してください。(例：6/4から38°Cくらい)

発熱 () から () 度くらい
鼻水 () から (透明・黄色)
咳 () から (日中・夜間) に多い
嘔気・嘔吐 () から (食べ物や胃液・緑や茶色など変な色) が出る
下痢 () から (軟便・泥状便・水様便) 色は (茶色・その他 ())
腹痛 () から お腹のどのあたりが痛いですか ()
痛い時、痛くない時など痛みには波がありますか (ある・ない)
便秘 排便の回数は週 () 回 便の硬さ (硬い・やわらかいバナナ状・水っぽい)
便の一回量 (多・普通・少) 排便時痛 (あり・なし)

※その他、症状があれば教えてください。

今までにかかった病気、現在治療中の病気に○をつけてください。

突発性発疹・麻疹(はしか)・風疹・流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)・水痘(水ぼうそう)・百日咳
熱性けいれん(痙攣した日:)・気管支喘息・アトピー性皮膚炎・花粉症
その他 ()

現在、他に通院されている医療機関や定期的に飲まれているお薬はありますか。