

初・再 (前回受診日 )
--------------

コード	
-----	--

No.	
-----	--

※今日受診する方について記入をお願いします。

フリガナ							
氏名	(第 子)	男 女	生 年 月 日	昭和 平成	年	月	日
住所	県 市						
携帯など連絡の つく電話番号	( )	-	( )	-			

体重	Kg	体温	°C	SpO2	%
----	----	----	----	------	---

解熱剤	ある・なし	希望剤型： 座薬・粉薬・錠剤
-----	-------	----------------

■ 本日の症状について

※インフルエンザ検査を希望しますか？ はい いいえ

発熱 なし・あり \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 \_\_\_\_\_時頃から、 最高 \_\_\_\_\_°C

鼻水 なし・少・多 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日頃から、 性状： 透明・粘稠・黄色・緑色

せき なし・少・多 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日頃から、 性状： 乾燥・痰がらみ・ケンケン

ゼゼイ： あり・なし 咳やゼゼイで眠れない： あり・なし

嘔吐 なし・あり \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 \_\_\_\_\_時頃から、

回数 \_\_\_\_\_回 最終嘔吐時刻： \_\_\_\_\_日 \_\_\_\_\_時

下痢 なし・あり \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 \_\_\_\_\_時頃から、

回数 \_\_\_\_\_回 性状： 軟便・泥状・水様

その他の症状

--

■ 現在の内服薬 あり・なし

お薬手帳

--

■ アレルギー あり・なし

--