

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。

ふりがな					男	生年	年	月	日
氏名					女	月日		歳	か月
住所	一度記入されたことがある方のうち、変更なければ記載は結構です 市 県 市								
携帯など連絡のつく電話番号	()	-	()	-					

↓受診時の熱を書いてください

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

解熱剤は必要ですか？	はい・いいえ	飲み薬の形の希望は？： シロップ・粉薬・錠剤
------------	--------	------------------------

座薬・粉・錠剤

■ 本日の症状について記入をお願いします ◆

(だいたいよいので、いつからなのかを記入してください)

発熱 なし・あり→ 月 日 午前・午後 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

鼻づまり なし・少・多

せき なし・少・多 月 日頃から、性状：乾燥・痰がらみ・ケン

ぜいぜい： あり・なし 咳やぜいぜいで眠れない： 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 (上記に該当しない場合、詳しくご記入ください)

Blank box for other symptoms.

■ 現在の内服薬 あり・なし お薬手帳

■ アレルギー あり・なし

※ 初めて受診される場合、当院をどのようにお知りになりましたか？
通りがかり・知人の紹介・WEB検索して・その他