

おなまえ _____ 性別 男・女 年齢 _____ 歳 _____ ヶ月 体重 _____ kg

目的は？
今回の主な受診
症状は？

今 _____ °C

- 大きな病気にかかったことはありますか？ 心臓の病気・腎臓の病気・川崎病・喘息・先天性疾患（ _____ ）
その他（ _____ ）
- アレルギーはありますか？ 食べ物（ _____ ）・薬（ _____ ）
- 周りで流行している病気はありますか？ 無・有（ _____ ）どこで（ _____ ）

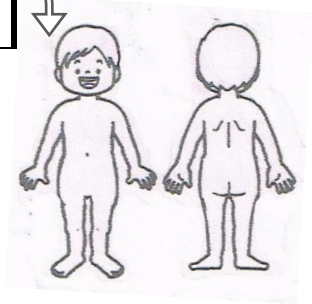
症状 ↓ いつから ↓

発熱	／	時～ 最高体温 日 時 °C、解熱日 日～	前回に比べて症状は？ ↓
		頭痛・関節痛・その他（ _____ ）	
咳	／	痰がらみ・ヒューヒュー・コンコン・ケンケン・ゼイゼイ・咳込み（寝苦しい） 多く出る時間⇒（寝る前・睡眠時・明け方・起床時・昼間・一日中）（眠れる）	（良い、変わらない、悪い）
鼻水	／	透明・白・黄・緑 →（濃い・水様） 鼻づまり・くしゃみ	（良い、変わらない、悪い）
目の症状	／	充血・目やに・かゆみ・腫れ（右・両目・左）	（良い、変わらない、悪い）
耳の症状	／	痛み・耳だれ・聞こえが悪い（右・両耳・左）	（良い、変わらない、悪い）
口の症状	／	痛み・水疱・白いポツポツ・のどの痛み・痒み	（良い、変わらない、悪い）
お腹の症状	嘔吐	／	時頃～、最終 日 時頃、合計 回、吐き気
	下痢	／	（軟便・泥状便・水様便・血便・酸臭）1日 回
	腹痛	／	（時々・今も持続） 夜中の排便（有・無）
	便秘	／	最終排便 日、（普通便・硬便・軟便・血液付着）
皮膚の症状	／	発疹・かゆみ・赤み・腫れ・水疱・カサカサ・ジクジク・出血	（良い、変わらない、悪い）

食欲（有・無）または ミルク/母乳（とれる・とれない） 水分（とれる・とれない）

最終排尿（ _____ 時） 元気(機嫌)：良い・普通・悪い・倦怠

部位



- 現在使用中の薬がありますか？ ある(1.当院で処方 2.他院で処方 3.市販薬)・ない

常用薬：

- 薬形態の希望 粉薬・シロップ・錠剤・軟こう・点眼・浣腸・特になし

※その他、新たに気になる症状・相談などあれば記入して下さい。

クリニック記入欄