

※保険証・医療証・住所・電話番号の変更はありませんか？（有・無）

お名前 _____ 性別 男・女 体温 _____ °C 体重 _____ kg

※症状 あてはまるものに○印と、詳細の記入をお願いします。

- ・発熱 _____ 月 _____ 日 _____ 時頃～ _____ °C
前回の続き _____ 経過：ピークを越えた・出たり退いたり・ずっと出てる
- ・咳 _____ 月 _____ 日～ _____
前回の続き _____ 咳の性質：痰がらみ・空咳・ケンケン・ゼーゼー
時間帯：一日中・夜に強い・寝起きに強い
- ・鼻水 _____ 月 _____ 日～ _____
前回の続き _____ 水鼻・青鼻・つまっている・目やにが出る
- ・嘔吐 _____ 月 _____ 日～ _____ /日→悪化傾向・改善傾向
前回の続き _____ 最終嘔吐 _____ 日 _____ 時頃
- ・下痢 _____ 月 _____ 日～ _____
前回の続き _____ 回数：_____ /日→悪化傾向・改善傾向
便の性状：軟便・水様便・白色便・すっぱい臭い
- ・便秘 _____ 月 _____ 日～ _____
前回の続き _____ 腹痛あり・腹痛なし
- ・発疹 _____ 月 _____ 日～ _____ 部位： _____
前回の続き _____ 経過：悪化傾向・改善傾向・出たり退いたり・かゆがっている
- ・他 _____ 月 _____ 日～ _____
前回の続き _____

※体調 あてはまるものに○印と、詳細の記入をお願いします。

食欲や母乳・ミルクの飲み：良い・ふつう・悪い

水分：摂れる・摂れない

睡眠：寝れる・寝れない→咳・息が苦しそう・ぐずる

※身の回り（保育園・幼稚園・学校・家族）で流行している病気はありますか？

※現在、飲んでいるお薬があればご記入ください。（お薬手帳をご提示ください。）

◎ご記入が終わりましたら、受付・看護師へお渡しく下さい。

*備考 GAS Adeno Flu RS Myco 外注血液 院内血液 培養 吸入 尿検査