

ふりがな

お名前 _____ (_____ 歳 _____ ヶ月)

体重 (_____) kg

- 本日はどうなさいましたか。当てはまる症状に○を付けてください。

発熱 ・ 咳 ・ 鼻水 ・ 下痢 ・ 嘔吐 ・ 腹痛 ・ 発疹

その他 (_____)

- いつ頃からあるか具体的に教えてください。

(例：昨日夕方 6 時ごろから 39 度の発熱と咳)

- 定期再診の方

喘息 ・ アトピー ・ 花粉症 ・ 舌下免疫療法 ・ 便秘 ・ その他 (_____)

- 先生に相談したいことがあったら記入してください。

* 食物アレルギーがある方は別途ご記入いただきたい書類がございますので受付にお申し出ください。

- 現在、飲んでいる薬はありますか。

(はい 、 いいえ)



医療者が 記入します	体温：	酸素飽和度：	脈拍：
---------------	-----	--------	-----