

ふりがな

氏名 : 年齢 : 歳 体重 : kg (本日計測・変わらず) 男・女

体温 : 度

1. いつからどのような症状がありますか？(□の中へ“レ点”チェックをしてください)

発熱(いつから: 月 日~)

頭痛(いつから: 月 日~)

透明鼻汁緑色鼻汁黄色鼻汁(いつから: 月 日~)

くしゃみ(いつから: 月 日~)

鼻閉(いつから: 月 日~)

目のかゆみ目の痛み目の充血(いつから: 月 日~)

咳(コンコン 痰絡み 犬吠様咳 ゼコゼコ 喘鳴)(いつから: 月 日~)

呼吸が苦しい(いつから: 月 日~)

のどの痛み(いつから: 月 日~)

嘔声(声がれ)(いつから: 月 日~)

両耳痛右耳痛左耳痛(いつから: 月 日~)

両耳下痛・腫れ右耳下痛・腫れ左耳下痛・腫れ(いつから: 月 日~)

嘔吐(回・いつから: 月 日~)

下痢(ドロドロ 水様便 軟便 少し形がある)(いつから: 月 日~)

腹痛(いつから: 月 日~)

発疹(赤い 水泡 カサカサ じんましん様)(いつから: 月 日~・出ている場所:)

アレルギー相談で受診

アレルギー血液検査希望

その他 ()

2. 集団生活はしていますか？ 保育園 幼稚園 小学校 中学校

3. まわりで流行っている病気はありますか？

あり()

なし

4. 別の医院に行っていますか？(行きましたか？)

行っていない 行った(いつ: どちらの病院:)

5. 今回の症状に対して何かお薬を飲んでいますか？

※お薬情報がわかるものがあれば一緒に提出してください。お薬手帳やお薬の説明書きなど。

あり() なし

6. ほかに継続して治療中の病気はありますか？

あり() なし

7. お薬の剤形にご希望はありますか？ 粉薬 シロップ 錠剤

解熱剤処方希望(解熱剤処方希望の方→お薬のご希望の形状: 粉薬 シロップ 錠剤 坐剤)

8. お薬の用法: 1日2回希望はありますか？ ある なし

※添付してあるお熱の表は、熱が続いている場合にご記入ください。

(発熱して時間が経っている場合は熱表の記載をお願いします。例えば昨日からお熱が続いている場合等)