

お子さんのお名前 _____ (歳 カ月)
生年月日 西暦 _____ 年 ____ 月 ____ 日



以下の項目の□に✓印を、記号に○印を、また、必要事項をご記入お願いします。

*現在の体重(最近測ったもの) _____ kg

□ 発熱: いつからですか? (a. 今日から b. ____月____日ころから)
・最高何°Cでしたか? _____°C

□ 発疹が出た: いつからですか? (a. 今日から b. ____月____日ころから)
・部位はどこですか? _____

□ 咳が出る: いつからですか? (a. 今日から b. ____月____日ころから)
・咳で夜目覚めることはありますか? (a. はい、 b. いいえ)
・咳のために吐いてしまうことはありましたか? (a. はい、 b. いいえ)

□ ゼイゼイする: いつからですか? (a. 今日から b. ____月____日ころから)

□ 鼻水が出る: いつからですか? (a. 今日から b. ____月____日ころから)

□ 腹痛: いつからですか? (a. 今日から b. ____月____日ころから)
・頻度はどのくらいですか? _____回程度/1日

□ 嘔吐: いつからですか? (a. 今日から b. ____月____日ころから)
・頻度はどのくらいですか? _____回程度/1日

□ 下痢: いつからですか? (a. 今日から b. ____月____日ころから)
・頻度はどのくらいですか? _____回程度/1日

□ 定期受診: □ 皮膚、 □ 便秘、 □ 喘息、 □ その他 _____

□ その他: _____

※ 通っている保育園・幼稚園・学校などで流行しているものはありますか。
(a.ある _____、 b. 聞いていない)

※ ご家族の中で発熱のある方はいますか? (a. いる、 b. いない)

※ 現在、処方されているお薬はありますか? (a. ある、 b. ない)

[ある方は、お薬手帳の準備をお願いいたします]