

令和 年 月 日

ふりがな		性別	年齢	保育園 幼稚園 小学校 中学校
お名前		男 ・ 女	才	
生年月日	大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日 生		体重 (子どものみ)	Kg
ご住所				
	TEL ()			

※ 本日、発熱 (37.5℃前後) 症状はありますか ない ・ ある (体温 ℃)

※ ここ3日間で発熱 (37.5℃前後) 症状はありますか ない ・ ある (体温 ℃)

発熱期間： 月 日 ~ 月 日

◎ 今日はどのような症状がありますか

症状 _____

いつから _____

その症状で病院を受診した事がありますか

ない ・ ある → (病院名 _____ 薬名 _____)

◎ 上記以外に通院中の病気はありますか

※お薬手帳を提出下さい

ない ・ ある → (病名 _____)

→ (飲んでいるお薬 _____)

◎ 過去に入院や手術をしたことがありますか

ない ・ ある → (具体的に _____)

◎ お薬を飲んで具合が悪くなった事がありますか

ない ・ ある

(薬名 _____)

(症状 _____)

◎ アレルギーと言われたことがありますか

ない ・ ある

(何のアレルギーですか _____)

◎ 妊娠中または授乳中ですか

◎ どの種類のお薬が飲めますか

妊娠 _____ ヶ月

授乳中 _____ 才 _____ ヶ月

飲めるお薬に○をつけて下さい

シロップ 粉薬 錠剤 カプセル