

本日はどうなさいましたか？

記入日 年 月 日

患者ID _____ ご記入者の続柄 父 ・ 母 ・ その他 ()

ふりがな		性別
お名前	様	男 ・ 女

身長 _____ cm 体重 _____ kg 体温 _____ °C

1. 本日はどのような症状で来院されましたか？

発熱 咳 鼻水 発疹・湿疹 のどの痛み 頭痛 腹痛 耳痛

嘔吐 (回/日) 下痢 (回/日) その他 ()

2. その症状はいつからありますか？

(月 日から)

3. 症状はどのように変化していますか？

変わらない ・ 良くなっている ・ 悪くなっている
良くなったり悪くなったりしている

4. 今、何か薬を飲んでいますか？ (はい ・ いいえ)

5. お薬手帳はお持ちですか？ (はい ・ いいえ)

6. 保育場所はどこですか？ 自宅 ・ () 保育園・幼稚園・() 小・中・高

7. 薬について希望はありますか？ (シロップ ・ 粉薬 ・ 錠剤)

*その他 _____

医師のご希望がございましたら、受付にてお申し付けください。

ご記入ありがとうございました。ご記入いただいた内容は秘密を厳守いたします。

もろの木こどもクリニック 院長