

# すえおか こども クリニック

お名前 \_\_\_\_\_ 受診日 月 日 年齢 才

体重 kg 今のお熱 度 分

- ・発熱 あり (いつから \_\_\_\_\_) なし  
熱さましは使いましたか? はい いいえ  
何度 (一番高い熱) \_\_\_\_\_ 度 分 いつですか \_\_\_\_\_
- ・咳 あり なし  
ぜいぜい、ひゅうひゅう、夜間に多い、一日中でている、咳で吐く
- ・鼻水 あり なし
- ・鼻づまり あり なし
- ・下痢 あり なし  
水様、粘液、血便、どろどろ、軟便  
いつから \_\_\_\_\_  
一日の回数 \_\_\_\_\_ 回
- ・嘔吐 あり (いつ \_\_\_\_\_) なし  
一日の回数 \_\_\_\_\_ 回
- ・腹痛 あり なし
- ・発しん あり いつから \_\_\_\_\_ なし
- ・服用中の薬 あり (お薬手帳を提示してください) なし
- ・熱さましの希望 いる (坐薬 ・ 飲み薬) いない
- ・その他の症状がある方はお書きください