

受付番号

予約時間

診察券番号

-----以下を書いてください-----

お名前

年齢 才 ケ月 性別(男・女・他)
1才未満の方のみ月齢を書いて下さい。

体重 kg
来院時 (クリニックで記載します)
体温 °C

マイナンバーカードにつきまして:

お子様のご機嫌や体調不良等により、マイナンバーの顔認証が難しい場合は、**暗証番号**での認証が確実です。
ご協力ををお願いいたします。

* 診察の順番がきた時に、受診のお子様がいらっしゃらない場合は、もう一度最初から受付をしていただきます。

これから 1ヶ月以内に予防接種(ワクチン)を予定していますか? (なし・ある)

予定(予約)している日時 月 日予定

登園許可書、アレルギー管理表、病児保育など文書が必要な方は、所定の用紙を提出して下さい。

熱性けいれんをおこしたこと (なし・ある)

くすりや食物のアレルギー ()

他の病院でおくすりありますか。 (なし・ある) ある方は、お薬手帳を持参してください。

―― 今日はどうしましたか? いつからどのような症状がありますか? ――

発熱 発熱なし 発熱あり いつから _____ から 最高 _____ °Cまで

せき なし あり ゼイゼイ 息苦しい せきこむ 朝晩のせき

せきはいつから _____ からでています

はな なし あり 透明なはな 色のついた はなつまり くしゃみ

はなはいつから _____ からでています

おなか なし 嘔吐 下痢 腹痛

おなかはいつから _____ から 嘔吐 _____ 回/日 下痢 _____ 回/日

その他の症状()

健診・他院で()

のために来院しました。

食欲 受け付けない 少しとれる いつもと同じ
水分 受け付けない 少しとれる いつもと同じ
活気 グッタリ やや不良 いつもと同じ
睡眠 眠れなかった やや不良 いつもと同じ

どんなお薬がよいですか?
() 粉薬
() 液体(シロップ)
() 錠剤<つぶ・たま>