

今日の病気で初めて来院された方

年 月 日

ID 名前 年齢 歳 ヶ月

受診時体重 Kg 受診時体温 °C

★今回の病気ですでに他院を受診されていますか：・ない・ある（ 医院・病院）

現在何か薬を使っていますか：・なし ・あり（お薬手帳があれば受付に提出してください。）

★今日はどのような症状で受診されましたか。あてはまる症状にチェックしてください。

発熱：最初に気が付いたのは 月 日（午前・午後 時ころ）

その時の体温は °C位

その後の経過は

のどの痛み： ・少し・かなり強く・食事水分をとれない

咳： いつ頃から 月 日頃から

どの様なせきですか（たんが絡む・ゼイゼイ・コンコン・かすれた・苦しそう・クループ様・その他）

咳はいつ強いですか（朝方・夜中・就寝頃・夜間早朝・昼間・一日中・運動時・特になし）

咳こんで夜起きることは（起きる・起きない） 咳き込んで吐くようなことは（ある・ない）

下痢： いつから 月 日ころから（1日に何回位 回/日）

便状態は：・軟便程度・泥状・水様・消化不良便・血便・粘液便・発酵臭・その他（ ）

便の色は：・茶褐色・ふつう～薄い黄色・白～灰色・緑便・黒便・その他（ ）

吐き気： ・少しある程度・強い

嘔吐： いつから 月 日の午前・午後 時ころ

最後の嘔吐は 日の午前・午後 時ころ

最後の嘔吐後に、水分は（とれた、とれない）食事は（少し食べた、普通に食べた、食べてない）

腹痛 便秘：

経過・程度など：

鼻の症状：・鼻水・鼻づまり・いびき・口呼吸・くしゃみ・鼻血・その他（ ）

鼻水は：・水状態・粘調・緑・黄色・膿のよう・その他（ ）

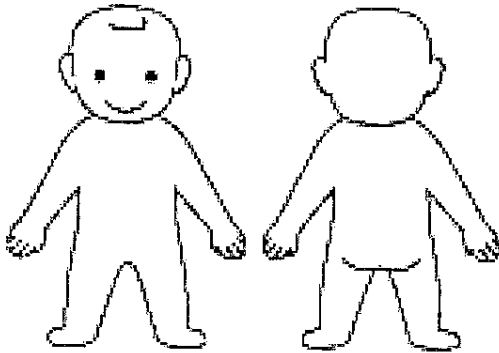
上記以外の症状や他に伝えたいことがあれば：

◎裏面も記入お願いします！！

□発疹：・発疹/湿疹乾燥 ・とびひ ・蕁麻疹 ・虫さされ ・水ぼうそう ・やけど  
・その他（ \_\_\_\_\_ ）

いつころから：・今日・昨日・数日前・1週間前・数週間前・良くなったり悪くなったり  
かゆみは（ある ない）

どこにありますか（下の図に書いてください）



★家族やお友達に同じような病気（状態）のかた、何か流行っている病気はありますか？

---

★一般的な状態についておききします

機嫌はいいですか （・いつもと同じ ・少し悪い ・とても悪い）

水分摂取は （・いつもと同じ ・少し悪い ・ほとんど飲めない ・母乳のみ）

食事食欲は （・いつもと同じ ・少し悪い ・ほとんど取れない）

食事のアレルギーはあるかたは下記に

卵・牛乳・大豆・小麦・その他（ \_\_\_\_\_ ）

★薬の処方についての希望（ご希望に添えないことがあります）

何か飲めない・使えない薬は（ない・ある）（薬の名前などがわかれば下記に）

---

**（原則 6～7歳以上の方！）** 錠剤を希望されますか （・是非 ・できたら ・粉薬希望）

薬の希望は （・シロップを希望 ・粉薬を希望 ・どちらでもいい）

薬は1日2回以下を希望されますか （・是非 ・できたら ・希望しない）

★アンケート（当院が今日初めての方、できたら教えてください）

当院はどのようなことで受診されましたか

- ・近所だから ・他院からの紹介 ・知り合いの紹介 ・兄弟姉妹がかかっているから
  - ・当院のホームページを見て ・インターネットの情報をみて ・雑誌の広告をみて
  - ・園医校医だから ・医師会などの電話情報
  - ・その他（具体的にあれば以下にお書きください）
-