

氏名 _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg 体温 _____ °C

マイナ保険証使用による診療情報取得に同意されますか (はい いいえ)

◎現在、どの様な症状がありますか？ や○を入れ、いつからか記入してください。

数日内の再受診の場合症状が？ ひどくなっている 変わらない ましになっている

熱 _____ / _____ から

(解熱剤希望 (なし ・ あり / 座薬・粉薬・錠剤) * 希望あれば、必ず○をしてください)

咳 _____ / _____ から 乾いた咳・痰がらみの咳・ゼイゼイしている

鼻水 _____ / _____ から 鼻づまり _____ / _____ から

発疹 _____ / _____ から (部位 : _____ 痒みあり・痒みなし)

痛み _____ / _____ から (部位 : _____)

嘔吐 _____ / _____ から _____ 回 最終の嘔吐時間 _____ :

下痢 _____ / _____ から _____ 回/日 最終の排便時間 _____ :

食欲 (あり・なし) 水分 (飲める・飲めない)

症状があって、夜は？ (眠れている・時々起きた・ほとんど眠れない)

その他 (内容をお書きください)

◎現在内服 している (薬名 : _____) していない

◎学校名 (_____ 保・幼・小・中) 流行 : _____

**** 今日までの体温の変化を下に●で示して下さい (必ず記入してください) ****

体温	/			/			/			/		
	朝	昼	夜	朝	昼	夜	朝	昼	夜	朝	昼	夜
40												
39												
38												
37.5												
37												
36												

* 痙攣の既往はありますか？ なし・ある

・ある の方 : 今までおきた回数 (_____) 回 最終日時 (_____ 年 _____ 月 _____ 日)

痙攣止めのお薬をお持ちですか？ ない・ある (薬の名前 : ダイアアップ、その他 _____)