

Y T C

*発疹のある方、麻疹、風疹、水痘、おたふくが疑わしい方は事前にお申し出ください

ID
ふりがな
お名前
生年月日
兄弟
() 人中 () 番目
() 保育園 幼稚園 小学校 中学校 高校

身長
体重
体温
男・女
°C

cm
kg

*症状についてご記入をお願いいたします。

- 発熱 月 日 時ごろから °Cぐらい
- 咳 痰が絡む・咳き込む・咳き込んで吐く・咳で眠れない
- 鼻水 透明・黄色・緑・鼻閉・のどに回って咳・ごぼう鼻
- のどの痛み 飲み込むのが大変・よだれが多い
- 頭痛 吐き気・目がチカチカする・前・後ろ・左・右
- 腹痛 少し痛い・周期的・常に痛い・歩くのが大変なほど
- 嘔吐 月 日 時ごろから 回くらい
最後に吐いたのは 月 日 時ごろ
- 下痢 月 日から1日に 回くらい
軟便・不消化便・水様・白い・赤い・黒い
- 発疹 かゆみ・いたみ・ふえてる・きえてきた
- その他

♡ご家族・学校などで流行している病気がありますか？

ない
ある ところで・どなたが
何が

♡現在投与中のお薬について教えてください。
お薬手帳をお持ちであれば記入しなくて結構です。

♡お薬のご希望について

飲み薬 シロップ・粉薬・錠剤・カプセル・
苦手なお薬があれば教えてください。のませると吐き出すなど。

♡相談したいことがあればご記入ください。

同伴者 お名前
携帯電話番号
車の色とナンバー

