

フリガナ 男 平成 現在の体温 °C
お名前 女 生年月日 令和 年 月 日 (歳) 体重 kg

*住所、電話番号は前回受診時より変更がある方のみ記入をお願いします。

ご住所〒

お電話番号

携帯番号

(患者様との関係：父、母、その他 ())

1. その後の経過はいかがですか？

最近コロナウイルス感染症の流行の地域への渡航や、濃厚接触がありますか？ いいえ はい

2. お子様の様子をご記入ください。

食事量 良好・・・やや少なめ・・・半分くらい・・・少量・・・全く食わず
水分摂取 良好・・・やや少なめ・・・半分くらい・・・少量・・・全く飲まず
尿量 良好・・・やや少なめ・・・半分くらい・・・少量・・・12時間以上なし
便 いつも通り 便秘 (日に1回) 下痢 (回数 回/日)
元気 良好・・・やや元気なし・・・元気なし・・・ぐったり・・・寝てばかり
嘔吐 なし あり (嘔吐した時間 :)
睡眠 良好・・・ときどき起きる・・・眠れない

3. 現在内服中のお薬はありますか？ なし

あり 当院の薬

他院の薬 (内容 ;)

4. 今日の診察についてのご希望

薬 (粉、シロップ、錠剤) (*ご希望に添えないことがあります)

解熱剤が必要ですか？ いらない 必要 (粉希望 坐薬希望 錠剤希望)

検査治療について希望がありますか？

※処方箋のFAXをご希望される方はご希望の調剤薬局へ対応が可能か確認していただいた上で
調剤薬局名とFAX番号を記入してください。