



ふりがな

粉薬/シロップでの処方をご希望のお子様は体重をお教えください

氏名： \_\_\_\_\_

体重： \_\_\_\_\_ kg (分からない場合はキッズスペース横で計測をお願いいたします)

本日はどのような症状ですか？ 症状がない場合も ない に○をお願いいたします。

☆ 発熱 ない

あり \_\_\_\_\_ 日前から ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日に最高 \_\_\_\_\_ 度) 今は \_\_\_\_\_ 度

☆ 鼻水 ない

あり ⇒ 黄色 ・ やや黄色 ・ 透明

前回受診後一度改善した方 ⇒ 今回の鼻水は \_\_\_\_\_ 頃から

前回受診後も続いている方 ⇒ ひどくなっている ・ 変わらない ・ 良くなっている

☆ 咳 ない

あり ⇒ 痰がらみの咳 ・ 空咳

前回受診後一度改善した方 ⇒ 今回の咳は \_\_\_\_\_ 頃から

前回受診後も続いている方 ⇒ ひどくなっている ・ 変わらない ・ 良くなっている

☆ 痛み ない もしくは 今は痛くない

ある ⇒ 右耳 ・ 左耳 ・ 頭 ・ のど

前回受診後一度改善した方 ⇒ 今回の痛みは \_\_\_\_\_ 頃から

前回受診後も続いている方 ⇒ ひどくなっている ・ 変わらない ・ 良くなっている

☆ 耳垢除去希望 なし / あり

◇ 薬の処方について

シロップ希望 / 粉薬希望 / 錠剤希望 / 坐薬希望 (痛み止め・熱さまし のみ)

△ 現在、他の医療機関を受診していますか？ いいえ ・ はい (下記の設問にもお答えください)

今回の症状で 飲んでいるお薬 はありますか？

いいえ/はい ⇒ お薬手帳も一緒に提出をお願い致します

⇒ お薬手帳をお持ちでない方は、わかる範囲で薬の名前をご記入ください

( \_\_\_\_\_ )

☆◇ 他に何か症状・ご相談・連絡事はございますか？ (前回の薬で下痢した/発疹が出た/薬変更希望 など)

・ ない

・ ある： \_\_\_\_\_

ご記入ありがとうございました。

記入が終わりましたら、この用紙はスタッフにお渡し下さい。お疲れ様でした。