

★印の所は必ずお書きください。

《 K / H 》

() 幼稚園・保育園・小・中学校在中 o r 未就園

ふりがな	生年月日	年 月 日
お名前	男・女	才 ヶ月
TEL		

☆かかりつけの小児科はどこになりますか？ (当院 ・ 他院)
☆現在他院でもらった薬を服用していますか？ (有 ・ 無)
(服用中の方はお薬手帳を受付に出してください)

★体重	k g
-----	-----

現在のお熱	℃	
熱はいつから？		
★解熱剤(痛みどめ)	不要	必要 (坐薬 ・ 粉 ・ 錠剤)

現在の症状に○をつけて下さい

お熱	咳	痰	くしゃみ	喘息	ゼコゼコ
鼻水(色つき)	鼻づまり		耳痛(左・右)	頭痛	のど痛
鼻水(色なし)	眼充血		目ヤニ	発疹(部位:)	
腹痛	便秘 (日目)				
嘔吐			下痢		

周りで流行中の病気はありますか？ ()

投薬依頼書・登園許可書・病児依頼書希望 (有 ・ 無)
その他*