

★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*