

診察券No. \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_ (男・女) 歳 月

体重 kg 呼び名( )

住所	那珂市・ひたちなか市 その他の市町村
給食	有・無

<p><b>症 状</b> いつからどんな症状か 詳しく書いて下さい。</p>		食事	昨夜：普通・少量・食べない 今朝：普通・少量・食べない	
		水分	とれている・少量・とれていない	
		ミルク	通常の1回量 _____ml _____時間おきに飲んでいる 最後にミルク・母乳を飲んだ時間 _____時頃 _____ml	
		機嫌	良い・普通・悪い	
		睡眠	眠れた・ぐずって眠れず 何回か起きた(理由 _____)	
うんち	最終排便： 月 日 時頃 昨日( 回) 今朝( 回) どんなうんち？(かたい・形のある・やわらかい・ドロドロ・水のような・その他)			
おくすり	内服薬	内服した( 時 分頃) 薬の名前: _____ 回/日	点眼薬	使用した(右・左・両目) 薬の名前: _____
		: _____ 回/日	軟膏	使用した どの部位( ) 薬の名前: _____
	坐薬	使用した( 時 分頃) 薬の名前: _____	吸入	した( 時頃) ( 滴)
本日の薬	なし・あり 薬の名前: _____ <b>お薬手帳をご持参ください</b>			
熱性痙攣既往	なし・あり ( 回) 予防投与 なし・あり ( _____℃以上) 使用した①( 月 日 時 分頃) ②( 月 日 時 分頃)			
アレルギー	なし・あり(食物アレルギーの場合は詳しく書いてください)			
本日の連絡先	①父、母、その他(続柄 _____ 名前 _____) TEL - - ②父、母、その他(続柄 _____ 名前 _____) TEL - -			
本日のお迎え	時 分 どなたが来られますか？ 父、母、その他(続柄 _____ 名前 _____)			