

ふりがな

名前 () 年齢(月齢)(才 ヶ月)

・体温 ()度 ・体重 ()kg ※必ずご記入下さい

どの解熱剤をご希望されますか？

a 座薬 b 錠剤 c こな薬

久しぶりの受診の方

(前回から2週間以上の方)

- a. 発熱(日前) b. 咳(日前) c. 鼻水(日前)
d. ゼーゼー e. 嘔吐(回) f. 下痢(回)
g. 湿疹(部位) h. 痰

その他に気になる症状

最近受診 定期受診の方

(前回から2週間未満の方)

前回と同じ (増悪傾向 横ばい 改善傾向)

他に気になる症状

※感染症の疑いがある方は、受付にお声かけ下さい。

