

No. _____ (日付) _____

おなまえ[ひらがな]		年齢	才	ヶ月
体重	g・kg	体温	℃	

お願い

みずぼうそう(水痘)、おたふくかぜ(ムンプス)、はしか(麻疹)、風疹などの可能性のある方はすぐにお知らせください

園/学校に通っていますか？ いいえ はい (

保育園-幼稚園-小学校-中学校-高等学校-大学校)

- ・食物アレルギー : なし あり ()
- ・お薬のアレルギー : なし あり ()
- ・気管支喘息 : なし あり (才から)

①今日はどのような症状(要件)でいらっしゃいましたか？

前回の続きの方は、その後のことを記してください

↓ [あてはまるものすべてを○でかこむ]

咳 : いつ () から 咳で (眠れる 眠れない)

どのような咳ですか？ : コンコン 痰がらみ ヒューヒュー ゼイゼイ

鼻 : いつ () から 鼻水が流れる 鼻づまり

どのような鼻汁ですか？ : 透明 さらさら 粘りが強い 白い 黄色い 緑色

熱 : いつ () から

どのような経過ですか？ :

のどの痛み : いつ () から

下痢 : いつ () から 1日に () 回

どのような下痢便ですか？ : 水様性-泥状-軟便 白っぽい 粘液が付いている 血が混じる

嘔吐 : いつ () から 最後の嘔吐は () 月 () 日 () 時

最後の嘔吐の後 水分/食事は (とれている とれていない) 食欲 (ない ある)

発疹 : いつ () から

その他 : 頭痛 腹痛 便秘 尿検査

検査結果 処方箋

書類 [治癒証明 病児保育 生活管理表 与薬依頼書]

②今回の病気でどこか医療機関を受診しましたか？⇒

③現在飲んでいる薬、塗っている薬等がありますか？

なし あり→**お薬手帳**を見せてください

④フルミスト点鼻液 (インフルエンザ経鼻生ワクチン) 接種を

4週間以内に受けましたか？

いいえ はい (いつですか？ 月 日)

⑤周囲で次のような病気の流行はありますか？

溶連菌 アデノウイルス 水ぼうそう おたふくかぜ 手足口病 ヘルパンギーナ
RSウイルス ヒトメタニューモウイルス インフルエンザ 新型コロナウイルス マイコプラズマ
百日咳 胃腸炎 [ロタ ノロ] その他 [咳 鼻水 嘔吐 下痢]

⑥お薬のご希望は？ (粉 シロップ チュアブル 錠剤)

⑦その他気になること、伝えておきたいことはありませんか？