

受付票の番号をご記入頂き、
お手元にお持ち下さい。番号が
近づいたら院内でお待ちください。

水ぼうそう・おたふくかぜの疑い、
発しんのある方は
スタッフまでお声かけ下さい。

受付票番号

番

ふりがな

お名前

お子様の体重 kg

🍀 どちらの園・どちらの学校に通われていますか？ 未入園・その他()
(保育園) (幼稚園) (小学校 年) (中学校 年)

🍀 学校・園または家族の方で次の病気の方があれば○印で囲んで下さい。

水ぼうそう ・ おたふくかぜ ・ インフルエンザ (A・B) ・ RSウイルス ・ マイコプラズマ
溶連菌 ・ アデノウイルス ・ プール熱 ・ ヒトメタニューモウイルス ・ ロタウイルス ・ 嘔吐 ・ 下痢

🍀 飲むお薬の種類・回数の希望はありますか？

☐シロップ ☐粉薬 ☐錠剤 ☐朝・夕しか飲めない

🍀 発熱はありますか？

本日 AM _____ 時 (. °C) 昨日 AM _____ 時 (. °C)
PM _____ 時 (. °C)

3日以上続く場合は、経過をご記入下さい。

()

🍀 熱さましのお薬は希望されますか？

☐不要 ☐坐薬 ☐粉薬 ☐錠剤

🍀 かかりつけの小児科はありますか？ ☐ない ☐あり()

🍀 他院で服用されているお薬があれば記入、又は、お薬手帳をスタッフへ提出して下さい。

(病院名) 薬品名 _____

🍀 下記の該当する項目に☑をお願いします。カッコ内に症状の始まった (月 / 日)

☐咳 (/) ☐痰 (/) ☐のどの痛み (/) ☐鼻水 (/) ☐鼻づまり (/)

☐くしゃみ (/) ☐頭痛 (/) ☐腹痛 (/) ☐吐き気 (/) ☐発しん (/)
(できている場所)

☐嘔吐 本日 (回) ☐下痢 本日 (回)
昨日 (回) 昨日 (回)

🍀 上記の症状で他の病院を受診されましたか？ ☐受診なし ☐受診あり (病院名)

受診ありの方へ ・ 検査をされましたか？ ☐いいえ ☐はい (検査名)

・ お薬がでていますか？ ☐いいえ ☐はい

🍀 インフルエンザ再診の方へ

いつから熱が下がりましたか？ (日、 朝 ・ 昼 ・ 夜 から解熱)

🍀 その他、上記以外の症状があればご記入下さい。

()

