

お名前(カタカナ) _____ 様 年齢 _____ 才

体温 _____ °C 体重 _____ kg

① ☆発熱はいつからですか？(_____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ °C)

☆その他の症状は何ですか？(具体的に書いてください)

その症状はいつからですか？(_____ 月 _____ 日 _____ 時～)

② (15 才未満の方)お薬の形状の希望に○をつけてください。

錠剤・粉薬・シロップ・坐薬／先生と相談

③ 当てはまる方はチェック☑をしてください。

☐ 妊娠 _____ 週(予定日 _____ 月 _____ 日)

☐ 授乳中

☐ 診察・処方について伝えておきたいことはありますか？(アレルギー等)
(_____)

☐ 周囲(園・学校 等)で流行している感染症はありますか？
(_____)

お名前(カタカナ) _____ 様 年齢 _____ 才

体温 _____ °C 体重 _____ kg

① ☆発熱はいつからですか？(_____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ °C)

☆その他の症状は何ですか？(具体的に書いてください)

その症状はいつからですか？(_____ 月 _____ 日 _____ 時～)

② (15 才未満の方)お薬の形状の希望に○をつけてください。

錠剤・粉薬・シロップ・坐薬／先生と相談

③ 当てはまる方はチェック☑をしてください。

☐ 妊娠 _____ 週(予定日 _____ 月 _____ 日)

☐ 授乳中

☐ 診察・処方について伝えておきたいことはありますか？(アレルギー等)
(_____)

☐ 周囲(園・学校 等)で流行している感染症はありますか？
(_____)