

# 予 診 票

浜口キッズクリニック 

氏名 \_\_\_\_\_ (フリガナ \_\_\_\_\_) カルテ番号 \_\_\_\_\_  
性別 男・女 生年月日 昭和・平成 年 月 日 ( 才 か月 )

記入日:平成\_\_年\_\_月\_\_日

体重: \_\_\_\_\_ kg  
食欲はいつもとくらべてどのくらいですか? \_\_\_\_\_ 割ぐらい  
水分摂取はいつもとくらべてどのくらいですか? \_\_\_\_\_ 割ぐらい  
機嫌や気力はどうか? 普通・やや悪い・悪い

## ①あてまる症状のみお書きください。

ねつ: 月 日頃から \_\_\_\_\_°Cぐらい <今日も発熱・月 日から解熱\_\_\_\_\_>  
<解熱剤は?使った・使っていない・持っていない\_\_\_\_\_>  
せき: 月 日頃から <性状は?痰がからむ咳・乾いた咳・かん高い咳\_\_\_\_\_>  
<咳に伴う症状は?ヒューヒュー音・嘔吐・夜間覚醒\_\_\_\_\_>  
鼻水: 月 日頃から <性状は?さらさら・ねばねば・無色・黄色\_\_\_\_\_>  
嘔吐: 月 日頃から <頻度は?一日に\_\_回ぐらい\_\_\_\_\_>  
下痢: 月 日頃から <頻度は?一日に\_\_回ぐらい, 性状は?水様・泥状・軟便\_\_\_\_\_>  
<色は?\_\_\_\_\_, においは?\_\_\_\_\_>  
発疹: 月 日頃から <痒みは?有・無, 部位は?顔・胸・腹・背中・手・足\_\_\_\_\_>  
痛み: 月 日頃から <部位は?頭・のど・耳・胸・腹・関節\_\_\_\_\_>

## ②そのほかの症状があれば、いつからどんな症状があるかお書きください。

③当クリニック以外の薬を飲んでいますか? <はい・いいえ>

※「はい」と答えた方は、薬の内容が分かるものをご提出するか、お持ちでない場合は分かる範囲で下記に御記入ください。

スタッフ記入欄