



氏名 (フリガナ _____) (カルテ番号 _____)

性別 男・女 生年月日 S・H・R 年 月 日 (歳 か月)

記入日: 20__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

機嫌や活気はどうですか? 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、最高__℃

解熱剤の使用: 無・有

解熱剤処方の希望: 無・有 (座薬・粉薬・錠剤)

熱型表

※その日の最高体温を印で記入してください。印は1日1個をお願いします。
(☆40℃以上、◎39℃台、○38度台、△37台後半、×それ以下)

例) 4日前から毎日39度台の発熱、今日は37.6度が最高 ◎◎◎△

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・黄色・無色>

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 <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、薬内容が分かるもののご提出を、お持ちでない場合は分かる範囲でご記入をお願いします。

スタッフ記入欄