

1. これまでの症状、本日の症状についておたずねします。あてはまるものを○で囲み、その他の欄はわかる範囲でお書きください。

	○をつけてください	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	○をつけてください
熱	なし・あり	～	℃	～	℃	～	℃	～	℃	～	℃	1週間以上前から続く
はなみず	なし・あり											1週間以上前から続く
せき	なし・あり											1週間以上前から続く
おうと	なし・あり		回		回		回		回		回	
げり	なし・あり		回		回		回		回		回	1週間以上前から続く
腹痛	なし・あり											
発疹	なし・あり											
千鳥受診	なし・あり	月	日	千鳥橋病院救急外来を今回の症状で受診された方のみ記入してください。								

上記の症状があるものについて具体的におきします。あてはまるものを○で囲んでください。

【発熱】

夜になると高熱(38.5度以上)になる・1日中高熱がつづく・微熱がつづく・下がってきた・その他( )

解熱剤は使用しましたか？

いいえ・はい(最終の使用時間は？ )

【鼻水】

透明・サラサラ・黄緑色・ネバネバ・鼻がつまって眠れない・減っている

【咳】

ときどきコンコンする・だんだん減っている・かわらない・ひどくなっている・ゼーゼーしている・タンがからんでいる

・せき込んで嘔吐する・せきで眠れない・その他( )

【下痢】

だんだんひどくなっている・かわらない・よくなっている

【便性】

水様・泥様・軟便・白っぽい便・血便・その他( )

【腹痛】

痛みが強くなっている・かわらない・よくなっている・その他( )

【機嫌】

いつもとかわらない・わるい・夜ねむれない

【活気】

活気はある・なんとなく元気がない・ぐったりしている

【食欲】

あり・少なめ・なし・水分がとれない

【海外渡航あるいは県外への外出歴】

1カ月以内に海外あるいは県外へ行かれたことがありますか

いいえ・はい(国名・県名 )

1年以内に外国に居住していたことがありますか

いいえ・はい(国名 )

【家族歴】

ご家族に発熱やかぜ症状など何か症状がある人はいますか

いいえ・はい(どなたが、いつからなど具体的に )

【その他】

上記以外に気になる症状があればお書きください。

2. ご希望の検査があればお書きください。
- レントゲン・血液検査・アレルギー検査・検尿・超音波検査(腹部・心臓)・その他( )
3. 薬剤・食物アレルギーはありますか？
- なし・あり(内容： )
4. お子さまが服用できる薬に○をつけてください。
- シロップ・粉薬・錠剤・カプセル・まったく飲めない
5. 解熱剤などご希望の薬はありますか？
- いいえ・はい(内容 )