

おなまえ: _____ 体重: _____ kg

お薬（形状）の希望 （粉・シロップ・錠剤）

今日はどのような症状で来院されましたか？ ○をつけてください



発疹や耳の下の腫れ・痛みのある方は受付へお申し出ください。

発疹（全体・顔・胸・腹・背中・腕・手・足・その他： _____）

腫れ（耳の下・その他： _____）

その他、以下の症状に○をし、わかる範囲で記入していただき、受付へお出してください。

発熱： _____ 日から _____ 時から 最高体温 _____℃

咳： _____ 日から

鼻： _____ 日から

痛み： _____ 日から 痛い場所 _____

下痢： _____ 日から 回数 1日 _____ 回

嘔吐： _____ 日 _____ 時から 回数 1日 _____ 回

その他：