

診察券No. \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_ (男・女) 歳 か月

体重 kg 呼び名( )

住所	那珂市・ひたちなか市 その他の市町村
----	-----------------------

給食	有・無
----	-----

<b>症 状</b> いつからどんな症状か 詳しく書いて下さい。		食事	昨夜: 普通・少量・食べない 今朝: 普通・少量・食べない
		水分	とれている・少量・とれていない
		ミルク	通常の1回量 _____ml _____時間おきに飲んでいる 最後にミルク・母乳を飲んだ時間 _____時頃 _____ml
		機嫌	良い・普通・悪い
		睡眠	眠れた・ぐずって眠れず 何回か起きた(理由 _____)

うんち	最終排便: 月 日 時頃 昨日( 回) 今朝( 回) どんなうんち? (かたい・形のある・やわらかい・ドロドロ・水のような・その他)
-----	---

おくすり	内服薬	内服した( 時頃)	点眼薬	使用した(右・左・両目)
		薬の名前: _____ 回/日		薬の名前: _____
	吸入	使用した( 時頃)	軟膏	使用した どの部位( )
				薬の名前: _____
	した( 時頃)	吐き気止め	使用した( 時頃)	
	( 滴)	けいれん止め	使用した( 時頃)	

本日の薬	なし・あり 薬の名前: _____ <p style="text-align: right;">お薬手帳をご持参ください</p>
------	--

アレルギー	なし・あり(食物アレルギーの場合は詳しく書いてください)
-------	------------------------------

本日の連絡先	①父、母、その他(続柄 _____ 名前 _____) TEL - -
	②父、母、その他(続柄 _____ 名前 _____) TEL - -

本日のお迎え	時 分 どなたが来られますか? 父、母、その他(続柄 _____ 名前 _____)
--------	---