

お名前	体重 (必ず記入をお願いします) kg
男・女	

1. その後いかがですか。(継続して通院している方のみご記入ください)  
 良くなってきた  あまり変わらない  ひどくなってきた
2. 症状はいつ頃からですか?  3. 今の体温は何度でしたか?

4. 今ある症状に○をつけてください。  
 \_\_\_\_\_ °C

- ( ) 発熱 昨日 \_\_\_\_\_ °C 今朝 \_\_\_\_\_ °C ( ) 腹痛
- ( ) 咳が出る 1日 [1~5/6~20/21回以上] ( ) 吐き気がある  
 →夜は咳で \_\_\_\_\_ 回起きる ( ) 嘔吐 回数 \_\_\_\_\_ 回
- ( ) ゼーゼーしている ( ) 下痢
- ( ) のどが痛い ( ) 食欲低下
- ( ) くしゃみ ( ) 【手・足】が痛い
- ( ) 鼻水 1日に [1~5/6~20/21回以上] ( ) しこりができた
- ( ) 鼻づまり ( ) けいれんを起こした
- ( ) 鼻出血 ( ) 気管支喘息
- ( ) 湿疹

( ) 目やに ( ) 眼充血 ( ) 頭が痛い

アレルギー性鼻炎、花粉症に○をつけた方は  
 1日に出る回数の当てはまるものに○を付けて下さい。

くしゃみ	0回	1~5回	6~10回	11~20回	21回以上
鼻水	0回	1~5回	6~10回	11~20回	21回以上
鼻づまり	なし	□呼吸に ならない	時々	かなり	1日中
眼のかゆみ	なし	なし	あり		

その他に何かありますか? 周囲で流行している病気はありますか?

- ★ 薬の形状はどれがいいですか? [ 粉・シロップ・錠 ]
- ★ 解熱剤はお持ちですか? [ 有・残りわずか・無 ]

お名前	体重 (必ず記入をお願いします) kg
男・女	

1. その後いかがですか。(継続して通院している方のみご記入ください)  
 良くなってきた  あまり変わらない  ひどくなってきた
2. 症状はいつ頃からですか?  3. 今の体温は何度でしたか?

4. 今ある症状に○をつけてください。  
 \_\_\_\_\_ °C

- ( ) 発熱 昨日 \_\_\_\_\_ °C 今朝 \_\_\_\_\_ °C ( ) 腹痛
- ( ) 咳が出る 1日 [1~5/6~20/21回以上] ( ) 吐き気がある  
 →夜は咳で \_\_\_\_\_ 回起きる ( ) 嘔吐 回数 \_\_\_\_\_ 回
- ( ) ゼーゼーしている ( ) 下痢
- ( ) のどが痛い ( ) 食欲低下
- ( ) くしゃみ ( ) 【手・足】が痛い
- ( ) 鼻水 1日に [1~5/6~20/21回以上] ( ) しこりができた
- ( ) 鼻づまり ( ) けいれんを起こした
- ( ) 鼻出血 ( ) 気管支喘息
- ( ) 湿疹

( ) 目やに ( ) 眼充血 ( ) 頭が痛い

アレルギー性鼻炎、花粉症に○をつけた方は  
 1日に出る回数の当てはまるものに○を付けて下さい。

くしゃみ	0回	1~5回	6~10回	11~20回	21回以上
鼻水	0回	1~5回	6~10回	11~20回	21回以上
鼻づまり	なし	□呼吸に ならない	時々	かなり	1日中
眼のかゆみ	なし	なし	あり		

その他に何かありますか? 周囲で流行している病気はありますか?

- ★ 薬の形状はどれがいいですか? [ 粉・シロップ・錠 ]
- ★ 解熱剤はお持ちですか? [ 有・残りわずか・無 ]