

医師記入	薬	なし
------	---	----

ふりがな		男・女	生年月日	
名前			西暦	年 月 日 (歳 ヶ月)
TEL	(母 ・ 父 ・ 祖母 ・ 祖父)			

体重	kg	本日の体温	℃
----	----	-------	---

本日はどうなさいましたか？当てはまるものに記入をして下さい。

症状	いつから	経過
☐ 発熱	月 日～	
☐ 鼻水	月 日～	
☐ せき	月 日～	
☐ のどの痛み	月 日～	
☐ 吐き気	月 日～	
☐ 嘔吐	月 日～	
☐ 腹痛	月 日～	
☐ 下痢	月 日～	
☐ 便秘	月 日～	
☐ しっしん	場所：頭・顔・首・腕・手・脇・胸・お腹・背中・おしり・陰部・足	
☐ その他		

1-2週間以内に予防接種や健診の予定はありますか？ ☐なし ☐あり