

# 赤ペン・赤えんぴつで大きくハッキリとご記入下さい

診察券No.

日付	月	日	おなまえ <small>(ひらがなで)</small>		予約時間	時	分
体温	度	ご年齢	才	体重	kg		

- ① 苦手なお薬の○にチェックを入れて下さい ② 他の医療機関のお薬はありますか  
 (○錠剤 ○粉薬 ○シロップ ○特になし) (ない・ある 薬品名( ))
- ③ 熱性けいれん (なし・あり (最終けいれん 才頃)) ④ 薬剤のアレルギーはありますか  
 (ない・ある 薬品名( ))
- ⑤ お薬はくまのこ薬局でもらいますか (はい・いいえ)

## ◎ 今日はどうされましたか(毎回ご記入下さい)

<input type="checkbox"/> 定期健診	<input type="checkbox"/> 喘息	<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> 食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 花粉症
<input type="checkbox"/> ぜんそく	<input type="checkbox"/> 発作はない	<input type="checkbox"/> 症状は良い	<input type="checkbox"/> 食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 症状は良い
	<input type="checkbox"/> 症状は良くなった	<input type="checkbox"/> 余り変化がない	<input type="checkbox"/> 食物負荷試験	<input type="checkbox"/> ひどくなった
	<input type="checkbox"/> まだ苦しい	<input type="checkbox"/> ひどくなった	<input type="checkbox"/> 採血検査	
<input type="checkbox"/> アトピー性 皮膚炎			<input type="checkbox"/> 花粉症	
			<input type="checkbox"/> その他( )	

◎ 足りなくなるお薬は? 《足りなくなる薬があれば、必ず記入して下さい!》  
 ※ 足りなくなる薬がない時は“なし”と記入して下さい

## □ 具合が悪くなりました

1. どのような症状がありますか いつからですか

例)	熱	1	日前	<input type="checkbox"/> 良くなった	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 悪くなった
1			日前	<input type="checkbox"/> 良くなった	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 悪くなった
2			日前	<input type="checkbox"/> 良くなった	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 悪くなった
3			日前	<input type="checkbox"/> 良くなった	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 悪くなった
4			日前	<input type="checkbox"/> 良くなった	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 悪くなった

2. 保育所、幼稚園、学校等で流行中のご病気はありますか

ない  ある( )

3. 鼻吸引希望  なし  あり

□ 証明書・その他書類希望 病名( ) に対して)

□ 検査結果を聞きにきました

● 他に心配なこと・相談したいことなどがありましたらご記入下さい