

# 今日はどうされましたか？

お名前（かか） \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ か月 \_\_\_\_\_ 体重 \_\_\_\_\_ kg

※体重は、投薬量に関わるため  
必ずご記入ください。

## ☆症状

- ・熱( 月 日 時～ 度、現在 度)
- ・咳 ( 月 日～ ) ・鼻水( 月 日～ ) ・喘息発作( 月 ～ ) ・下痢( 月 日～ )
- ・嘔吐( 月 日～ ) ・吐き気( 月 日～ ) ・腹痛( 月 日～ ) ・頭痛( 月 日～ )
- ・のどの痛み ・隔離が必要な病気(みずぼうそう・おたふく) ・めやに
- ・花粉症 ・湿疹(部位： ) ・発疹
- ・その他( )

## ☆現在治療中の病気はありますか？(はい・いいえ)

はいの方 (病名 )

## ☆現在服用中の薬はありますか？(はい・いいえ)

はいの方 お薬手帳をお出してください→お持ちでない方(薬の名前 )

## ☆検査希望

- ・インフルエンザ
- ・その他( )

## インフルエンザワクチン

- ・1回接種済
- ・2回接種済
- ・未接種

## ☆お薬の希望

種類：シロップ・粉・錠剤・カプセル  
回数：1日2回・1日3回・どちらでも

## ☆必要な書類に○をおつけください

登園(校)許可証・病児保育書類・与薬指示書・診断書・その他