

- 名前 男・女 *体 温 °C
●生年月日 H・R / / *熱型表 あり なし
●通っている保育園・幼稚園・学校名を書いてください *オムツ あり なし
(幼・保・小・中・高・未就園)
●体重 Kg

1、いつからどのような症状がありますか？

2、続きの受診の方へ

症状はどうになりましたか よくなった かわらない わるくなった
*わるくなった方へ どうになりましたか？

3、他院で薬をもらっていますか？ あり なし

薬の情報はわかるものをもっていますか？ あり なし

病院名 (月 日受診・)

 のびのびこどもクリニック