

お名前 _____ 年齢 _____ 歳 _____ カ月

身長 _____ cm 体重 _____ kg 体温 _____ °C

※ おたふくかぜ・みずぼうそう・はしかが疑われる場合は必ずお知らせください

1. 受付時にマイナ保険証による診療情報の取得に同意しましたか？ いいえ はい2. 何月何日の何時頃 から どのような症状 がありますか。具体的に教えてください。

3. 食事・水分は摂れていますか？

0 半分 いつもの量

食事量 |-----|-----|

水分摂取 とれている とれていない → 尿量 減っている 減っていない

4. 夜は眠れていますか？

 眠れている 眠れていない → 状況： _____

5. ご家族（兄弟など同居家族）や通っている施設に同じ症状の方はいますか？

 いない いる → 家族： _____ 周囲： _____ 施設名： _____ 学校・保育園・幼稚園
疾患名： _____

6. 現在、通院されている医療機関や、飲まれているお薬はありますか？

 ない ある → **お薬手帳を提示ください**（お持ちでない方はご記入ください）

お薬の名前： _____

医療機関名： _____

7. 今までにかかったことのある病気はありますか？

 ない ある → 喘息 てんかん、けいれん 心臓病 病名： _____
 食べ物のアレルギー その他 病名： _____
 薬のアレルギー 薬剤名： _____8. お薬の形態で希望はありますか？ 特になし 錠剤 粉薬 座薬