

フリガナ 氏名		男 ・ 女	生年月日	H	年	月	日	年齢	歳 ヶ月
住所	〒			電話番号					
				携帯					
身長	cm	体重	kg	体温	℃				

※下記質問にて該当するものにチェックをつけて下さい。

① 本日はどうなさいましたか。

前回の続き

熱  咳  鼻水  嘔吐  下痢  腹痛  発疹  育児相談

その他 ( )

→それはいつ頃からですか

今日から  昨日から  \_\_\_\_日前から  1週間前から  2週間前から  1ヶ月前から

② お子様の状態は。

食欲 →  普通  やや不良  不良

