

受診日 : 月 日 ()

お名前 : 年齢 : 歳 体重 : kg

病名 :

園・学校 : 保育園 / 幼稚園 / 小学校

発熱 嘔吐 下痢の場合は症状の始まった日からの経過を下の表に記入してください。 こいえ入室時間診票

	月 日 ()		月 日 ()		月 日 ()		月 日 ()		月 日 ()	
40°C										
39°C										
38°C										
37°C										
36°C										
吐く回数 <small>自宅でこいえて</small>	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM
便回数	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM
睡眠時間	~		~		~		~		~	
睡眠状況	良	悪	良	悪	良	悪	良	悪	良	悪
朝食の有無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
朝の服薬	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
咳	<input type="checkbox"/> コンコン	<input type="checkbox"/> ゴホンゴホン	<input type="checkbox"/> コンコン	<input type="checkbox"/> ゴホンゴホン	<input type="checkbox"/> コンコン	<input type="checkbox"/> ゴホンゴホン	<input type="checkbox"/> コンコン	<input type="checkbox"/> ゴホンゴホン	<input type="checkbox"/> コンコン	<input type="checkbox"/> ゴホンゴホン
	<input type="checkbox"/> 咳き込み	<input type="checkbox"/> ゼイゼイ	<input type="checkbox"/> 咳き込み	<input type="checkbox"/> ゼイゼイ	<input type="checkbox"/> 咳き込み	<input type="checkbox"/> ゼイゼイ	<input type="checkbox"/> 咳き込み	<input type="checkbox"/> ゼイゼイ	<input type="checkbox"/> 咳き込み	<input type="checkbox"/> ゼイゼイ
	<input type="checkbox"/> 息苦しい	<input type="checkbox"/> ケンケン	<input type="checkbox"/> 息苦しい	<input type="checkbox"/> ケンケン	<input type="checkbox"/> 息苦しい	<input type="checkbox"/> ケンケン	<input type="checkbox"/> 息苦しい	<input type="checkbox"/> ケンケン	<input type="checkbox"/> 息苦しい	<input type="checkbox"/> ケンケン
鼻水	<input type="checkbox"/> 水ばな	<input type="checkbox"/> 青ばな	<input type="checkbox"/> 水ばな	<input type="checkbox"/> 青ばな	<input type="checkbox"/> 水ばな	<input type="checkbox"/> 青ばな	<input type="checkbox"/> 水ばな	<input type="checkbox"/> 青ばな	<input type="checkbox"/> 水ばな	<input type="checkbox"/> 青ばな
	<input type="checkbox"/> 黄ばな	<input type="checkbox"/> 鼻づまり	<input type="checkbox"/> 黄ばな	<input type="checkbox"/> 鼻づまり	<input type="checkbox"/> 黄ばな	<input type="checkbox"/> 鼻づまり	<input type="checkbox"/> 黄ばな	<input type="checkbox"/> 鼻づまり	<input type="checkbox"/> 黄ばな	<input type="checkbox"/> 鼻づまり
	<input type="checkbox"/> 寝苦しい		<input type="checkbox"/> 寝苦しい		<input type="checkbox"/> 寝苦しい		<input type="checkbox"/> 寝苦しい		<input type="checkbox"/> 寝苦しい	
下痢	<input type="checkbox"/> 軟便	<input type="checkbox"/> 水様便	<input type="checkbox"/> 軟便	<input type="checkbox"/> 水様便	<input type="checkbox"/> 軟便	<input type="checkbox"/> 水様便	<input type="checkbox"/> 軟便	<input type="checkbox"/> 水様便	<input type="checkbox"/> 軟便	<input type="checkbox"/> 水様便
	<input type="checkbox"/> 白色便		<input type="checkbox"/> 白色便		<input type="checkbox"/> 白色便		<input type="checkbox"/> 白色便		<input type="checkbox"/> 白色便	
元気	<input type="checkbox"/> 良い	<input type="checkbox"/> まあまあ	<input type="checkbox"/> 良い	<input type="checkbox"/> まあまあ	<input type="checkbox"/> 良い	<input type="checkbox"/> まあまあ	<input type="checkbox"/> 良い	<input type="checkbox"/> まあまあ	<input type="checkbox"/> 良い	<input type="checkbox"/> まあまあ
	<input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> ぐったり	<input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> ぐったり	<input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> ぐったり	<input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> ぐったり	<input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> ぐったり
食欲	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 少なめ	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 少なめ	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 少なめ	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 少なめ	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 少なめ
	<input type="checkbox"/> 水分のみ		<input type="checkbox"/> 水分のみ		<input type="checkbox"/> 水分のみ		<input type="checkbox"/> 水分のみ		<input type="checkbox"/> 水分のみ	
	<input type="checkbox"/> ほとんど摂れず		<input type="checkbox"/> ほとんど摂れず		<input type="checkbox"/> ほとんど摂れず		<input type="checkbox"/> ほとんど摂れず		<input type="checkbox"/> ほとんど摂れず	
頭痛	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
腹痛	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
処方されたお薬										
受けた検査										