症状観察記録

患者さん用

お名前

月 ／ 日 測定時間	(例) 1／10 8 12 6	／ 8 12 6	／ 8 12 6	／ 8 12 6	／ 8 12 6	／ 8 12 6	／ 8 12 6	／ 8 12 6
くすり	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕
体温（℃） 40.0								
39.0								
38.0								
37.0								
36.0								
症状 せき	⧺ ＋ ー	⧺ ＋ ー	⧺ ＋ ー	⧺ ＋ ー	⧺ ＋ ー	⧺ ＋ ー	⧺ ＋ ー	⧺ ＋ ー
症状 鼻みず	⧺ ＋ ー	⧺ ＋ ー	⧺ ＋ ー	⧺ ＋ ー	⧺ ＋ ー	⧺ ＋ ー	⧺ ＋ ー	⧺ ＋ ー
便 回数	1 回	回	回	回	回	回	回	回
便 性状	水 軟 普	水 軟 普	水 軟 普	水 軟 普	水 軟 普	水 軟 普	水 軟 普	水 軟 普
食欲								
睡眠								
その他の症状や気付いた点がありましたら記入して下さい。								

・おくすりを飲んだら○をつけて下さい。
・体温は朝・昼・夕３回測って下さい。
・症状、便については該当する項目に○をつけて下さい。
⧺：強い ＋：弱い ー：なし
水：水のような便 軟：軟らかく形のない便 普：正常な便

次回来院の際にご記入の上、ご持参下さい。

GREEN WOODS 緑の森こどもクリニック

緑の森こどもクリニック