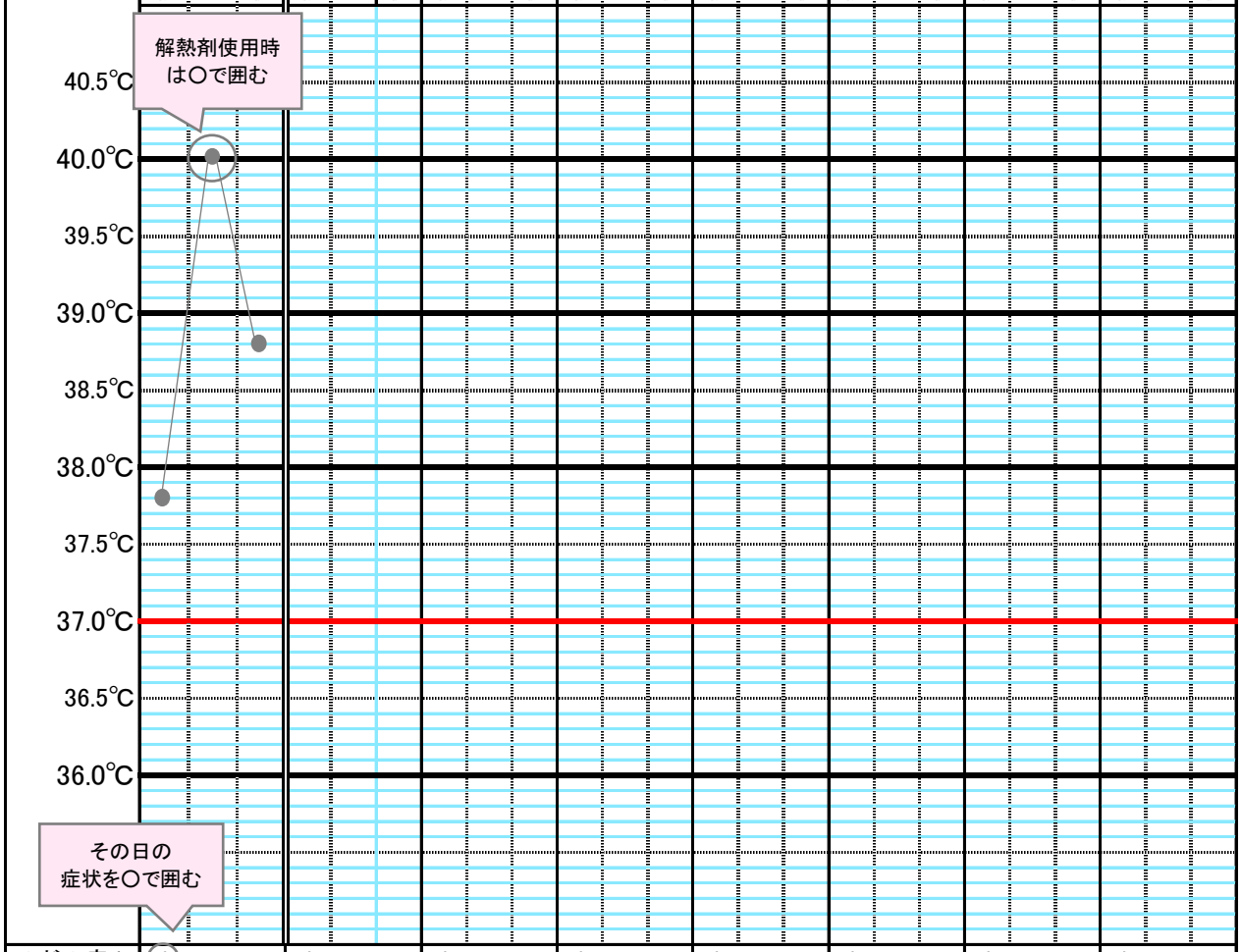
熱　型　表

※　ご記入の上、受診時に必ずお持ちくださいますようお願い致します。　※

お名前【＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿さま】　　【＿＿＿歳＿＿＿ヶ月】

体温	（記入例）	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日
	朝　昼　夜	朝　昼　夜	朝　昼　夜	朝　昼　夜	朝　昼　夜	朝　昼　夜	朝　昼　夜	朝　昼　夜



のどの痛み	＋　±　－	＋　±　－	＋　±　－	＋　±　－	＋　±　－	＋　±　－	＋　±　－	＋　±　－
せ　き	＋　±　－	＋　±　－	＋　±　－	＋　±　－	＋　±　－	＋　±　－	＋　±　－	＋　±　－
鼻　水	＋　±　－	＋　±　－	＋　±　－	＋　±　－	＋　±　－	＋　±　－	＋　±　－	＋　±　－
下　痢	＋　±　－	＋　±　－	＋　±　－	＋　±　－	＋　±　－	＋　±　－	＋　±　－	＋　±　－
吐　き　気	＋　±　－	＋　±　－	＋　±　－	＋　±　－	＋　±　－	＋　±　－	＋　±　－	＋　±　－
	＋　±　－	＋　±　－	＋　±　－	＋　±　－	＋　±　－	＋　±　－	＋　±　－	＋　±　－
	＋　±　－	＋　±　－	＋　±　－	＋　±　－	＋　±　－	＋　±　－	＋　±　－	＋　±　－

症状の程度（＋：つよい　±：よわい　－：なし）

※　解熱剤はつらいときのみ使用するようにしてください。
※　熱が下がってもしばらくは体温を記録してください。

【　メモ　】

札幌東徳洲会病院　小児科