

お名前 \_\_\_\_\_

男・女

歳

カ月



Onozuka Children's Clinic

体温 \_\_\_\_\_ °C 体重 \_\_\_\_\_ kg

( \_\_\_\_\_ ) 保育園・幼稚園・認定こども園・小学校・中学校・その他・通ってない

今日はどうな件で来院されましたか？番号に○をつけて下さい。

1. 診察 2. 定期受診 3. 登園登校許可証 ( / / )、病児病後児保育医師連絡票 ( / ~ / / )、その他の診断書・書類

今日はどうな手段で来院されましたか？自家用車 送迎してもらった 徒歩 公共交通機関 その他

今日はどうな症状がありますか？チェック欄に✓を入れ、必要事項を記入して下さい。

<input checked="" type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	熱(最高 °C)	いつからですか？：前回から続き / 月 日 時頃～
<input type="checkbox"/>	咳	いつ頃からですか？ <input type="checkbox"/> 前回から続き <input type="checkbox"/> 1カ月以上前から <input type="checkbox"/> 2週間以上前から <input type="checkbox"/> 10日ほど前から <input type="checkbox"/> 4～5日前から <input type="checkbox"/> 2～3日前から <input type="checkbox"/> 昨日から <input type="checkbox"/> 今日から <input type="checkbox"/> 乾いた咳 <input type="checkbox"/> たんがらみ <input type="checkbox"/> ゼーゼー <input type="checkbox"/> 犬やオットセイがなくような咳
<input type="checkbox"/>	鼻の症状	<input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 鼻づまり
<input type="checkbox"/>	腹痛	
<input type="checkbox"/>	はきけ	
<input type="checkbox"/>	おう吐	最後に吐いたのはいつ？ 月 日 時頃 最後に吐いた後水分等はとれていますか？ はい / いいえ
<input type="checkbox"/>	下痢	
<input type="checkbox"/>	発疹	どこに？
<input type="checkbox"/>	その他	<input type="checkbox"/> のどが痛い <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 耳が痛い(左/右/両方) <input type="checkbox"/> 目やに(左/右/両方) <input type="checkbox"/> 目が赤い <input type="checkbox"/> 目がかゆい <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 肌トラブル( ) <input type="checkbox"/> その他相談したいこと( )

今回の病状で他の医療機関を受診しましたか： はい(どこ？) / いいえ

機嫌はよいですか？ よい まあまあ 悪い

元気はどうですか？ よい まあまあ ない

眠れますか？ 眠れる 時に起きる しばしば起きる 眠れない

食欲はどうですか？ ほぼいつも通り 半分位 少し ない 母乳やミルクは飲める

水分はとれますか？ とれる 少しとれる とれない

薬はどれがいいですか？ こな薬 シロップ 錠剤(たま) どれでもよい 相談したい

ねつさましは必要ですか？ 坐剤 とん服(こな) とん服(シロップ) とん服(たま) 不要

※ねつさましは熱がない場合には処方できないことがあります

園・学校やご家族で流行しているものがあればお書き下さい。

家族(本人含む)に、現在新型コロナウイルス感染症にかかっている人はいますか？ はい いいえ

家族に、今日熱がある人はいますか？ はい いいえ

家族に、7日以内に熱があった人はいますか？ はい いいえ

近日中に**当院**で予防接種や乳児健診の予定があれば、日付と内容をお書き下さい

他の病院・医院で処方されている薬がありますか はい→お薬手帳を見せて下さい / いいえ