

## オーシャンキッズクリニック問診票（新患用）

ふりがな

(男・女)

お名前

生年月日 H 年 月 日 年齢 歳 カ月

住所 〒 体重 kg

体温 °C

電話番号

Flu	A	( )
	B	( )
STREP	A	( )
Adeno		( )
RS		( )
Myco		( )
hMPV		( )

当院を何でお知りになりましたか？ HP ココミ 看板 子育てガイドブック その他( )

通園・通学している園名・学校名とクラスをご記入下さい( )

薬や食べ物のアレルギーはありますか？ ない ある( )これまでに入院するような病気・大きな病気は？ ない ある( )周囲で流行っている病気はありますか？ ない ある( )本日の受診理由 診察 投薬 吸入 鼻汁吸引 検査 傷の処置 健診異常 その他( )

## 現在の状態について

☆食欲 ある あまりない ない☆水分 飲める 少し 飲めない☆活気 良い ふつう 悪い ぐったり☆尿量 いつも通り 少ない☆次の症状で当てはまるものがあれば、にチェックしてください。発熱 \_\_\_月\_\_\_日\_\_\_時頃～予約時\_\_\_°C 最高\_\_\_°C 解熱剤の使用 なし あり頭痛 \_\_\_月\_\_\_日～ ずっと痛い 波がある(間欠的) 最終使用：\_\_\_月\_\_\_日\_\_\_時頃咳 \_\_\_月\_\_\_日～ 痰がらみ 空咳(コンコン) 甲高い咳(ケンケン)  
朝方にひどい 夜にひどい 一日中 咳上げ なし あり喘鳴 \_\_\_月\_\_\_日 時頃～ ゼーゼー ヒューヒュー 会話不能鼻水 \_\_\_月\_\_\_日～ 透明 黄色 緑色 の鼻汁が出る 鼻づまり 目やに くしゃみのど痛\_\_\_月\_\_\_日～ 飲み込めない 耳痛\_\_\_月\_\_\_日～ (左・右・両方)嘔吐 \_\_\_月\_\_\_日～ \_\_\_回ほど 吐物の性状(食物残渣 緑色 赤色 黒色) 吐き気下痢 \_\_\_月\_\_\_日～ \_\_\_回ほど 便の性状(軟便 水様便 白色便 血便)便秘 \_\_\_月\_\_\_日～ おならあり 腹痛あり お腹が張っている腹痛 \_\_\_月\_\_\_日～ 部位：腹全体・臍周り・左側・右側 ずっと痛い 波がある(間欠的)発疹 \_\_\_月\_\_\_日～ 部位：頭・顔・首・腹・背・手・足 かゆい かさかさ じくじく 赤みその他( )

☆現在または最近まで使用していたお薬はありますか？

なし あり(病院名：\_\_\_お薬名：\_\_\_)☆ご希望のお薬の形は？ 粉薬 錠剤 シロップ(風邪薬のみ) 内服(初)→ 指導(要・否)☆本日、解熱剤(熱さまし)はご希望ですか？ 不要 必要(坐剤 粉薬 錠剤)

☆診察前に医師・看護師に伝えたいことがありましたらご記入ください。

☆予防接種( 月 日 予約あり) ☆明細書(必要・不要)

