

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)

