

オーシャンキッズクリニック問診票（再診用）

平成 年 月 日

ふりがな

お名前 _____ (男 ・ 女)

生年月日 H 年 月 日 年齢 歳 カ月
 体重 _____ kg 体温 _____ °C

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

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
- ☆機嫌 良い ふつう 悪い ぐったり
- ☆尿量 いつも通り 少ない

本日の受診理由

症状の増悪・持続 再診 吸入 鼻汁吸引 検査希望 () 検査結果 傷の処置

発熱 ____月____日～予約時____°C 最高____°C 解熱剤の使用 なし あり
 最終使用：____月____日____時頃

頭痛 咳 (コンコン・痰がらみ・咳上げあり) 喘鳴 (ゼーゼー・ヒューヒュー)

鼻水 (透明・黄色・緑色・鼻づまり・くしゃみ・目やに) 耳痛 (右・左・両) のど痛

嘔吐 吐き気 下痢 (軟便・水様便) 便秘 腹痛 発疹

その他 (_____)

前回処方された薬について

飲めた 飲めなかった 残り有り 残り無し

☆当院以外で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)

☆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)

上記内容は診療を円滑に行うためにのみ使用させていただきます。