

# オーシャンキッズクリニック問診票（初診用）

平成 年 月 日

ふりがな \_\_\_\_\_ (男・女)  
お名前 \_\_\_\_\_

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		( )

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)
- 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 )

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。



オーシャンキッズクリニック