

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)
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)

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