

十日市場こどもクリニックを受診される方へ



ふりがな

お子様の名前： _____ 様 性別（ ____ 男 ____ 女 ____ ）

お子様の生年月日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢（ ____ 歳 ____ ヶ月）

体重（ _____ ）kg ※成人は不要です 診察前の体温（ _____ ）℃

1. 症状がある：正確に覚えていなければ大体で構いません。

- 熱 （ ____ 月 ____ 日）から（ _____ ）℃、今日は（ _____ ）℃
- 咳 （ ____ 月 ____ 日）から、痰が（ ____ からむ ____ からまない ____ ）
（ ____ こんこん ____ ゴホゴホ ____ ゼーゼー ____ ヒューヒュー ____ ケンケン ____ ゼロゼロ ____ ゲホゲホ ____ ）
- 鼻水 （ ____ 月 ____ 日）から、（ ____ 透明 ____ 白色 ____ 黄色 ____ 鼻詰まり ____ くしゃみ ____ ）
- 吐く （ ____ 月 ____ 日）から、1日に（ ____ ）回
最後に吐いたのは（ ____ 月 ____ 日 ____ 時）頃、その後水分は（ ____ 取れた ____ 取れない ____ ）
- 下痢 （ ____ 月 ____ 日）から、1日に（ ____ ）回、（ ____ ゆるい ____ だるだる ____ 水っぽい ____ ）
- その他（ ____ 月 ____ 日）から：下に症状をお書き下さい。

- 食欲は（ ____ いつも通り ____ 少しはある ____ 全然ない ____ ）
- 昨晚は（ ____ よく眠った ____ 少しは眠れた ____ 全然眠れない ____ ）
- 元気は（ ____ ある ____ 少しはある ____ 全然ない ____ ）
- 周りに同じような症状の方がいますか？（ ____ いいえ ____ はい： ____ 家族内 ____ 集団生活 ____ ）
- 今回のことで別の医療機関を受診されましたか？（ ____ いいえ ____ はい： ____ 月 ____ 日 ____ ）

2. 定期的な受診、経過確認

湿疹、アトピー性皮膚炎 喘息、喘息性気管支炎 食物アレルギー 花粉症

その他（ _____ ）

- 前回に比べて症状は（ ____ 良くなった ____ 変わらない ____ 悪化した ____ ）
- 前回から何か変わったこと、新たな出来事があれば教えて下さい。

3. 本日先生に聞きたいことはありますか？

ご協力いただきありがとうございます。

2018年5月 ©十日市場こどもクリニック