

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（ _____ . _____ ） °C

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（ _____ . _____ ） °C、今日は（ _____ . _____ ） °C

咳 （ _____ 月 _____ 日）から、痰が（ からむ からまない ）

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 だろだろ 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 ）

昨夜は（ 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 ）

今週か来週に当院の予防接種を予約してますか？ （ 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。