十日市場こどもクリニックを受診される方へ

Toka-ichiba Children's Clinic

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　令和　　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が、必ず以下全ての質問に答えて下さい。

- ■ 熱は　ない　ある（　月　日）から（＿＿.＿）℃、今日は（＿＿.＿）℃
- ■ 咳は　ない　ある（　月　日）から、痰が（　からむ　からまない　）
- ■ 鼻水は　ない　ある（　月　日）から、（　透明　白色　黄色　鼻詰まり　くしゃみ　）
- ■ 嘔吐は　ない　あった（　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　）
- ■ 下痢は　ない　あった（　月　日）から、1日に（　）回
- ■ 他症状は ない　ある（　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　）
- ■ 昨晩は　（　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いますか?（　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。

2019年5月7日改訂　©十日市場こどもクリニック