

再来問診票(小児科)

受付NO. _____

記入日 年 月 日

ふりがな		年齢	体重	体温
お名前	男女	歳 ヶ月	Kg	℃

○お薬や食べ物にアレルギーはありますか？ ない・ある (食品名：)
(薬名：)

本日はいかがなさいましたか？(該当の症状に○をして、記載してください。)

◇定期受診 ・喘息 ・花粉症 ・アトピー ・食物アレルギー ・水いぼ ・便秘

◇発熱 いつから(体温 ℃) 解熱剤使用(あり ・ なし)

痙攣の既往(あり ・ なし) 抗痙攣剤使用(あり ・ なし)

◇はな いつから()さらさら ・ ネバネバ ・ 鼻づまり ・ ほか()

◇せき いつから()痰がらみ ・ から咳 ・ ゼーゼー ・ ほか()

◇嘔吐 いつから()回数(1日 回くらい) 最後に吐いた時間 時頃

◇下痢 いつから()回数(1日 回くらい) 最後に出た時間 時頃

かたち(水様 ・ 泥状 ・ 軟) 色(黄茶色 ・ 白色 ・ 血が混ざる)

◇肌【赤み ・ 乾燥】 月 日～ 部位(頭 ・ 顔 ・ 手 ・ 足 ・ お尻 ・ お腹 ・ 背中 ・ ほか)

◇発疹【水疱 ・ プツプツ】 月 日～ 部位(頭 ・ 顔 ・ 手 ・ 足 ・ お尻 ・ お腹 ・ 背中 ・ 口の中)

◇上記以外の症状()

◇検査結果 ・ アレルギー検査 ・ 尿検査 ・ その他

◇書類希望 病児保育 ・ アレルギー生活管理票 ・ 与薬依頼書 ・ その他()

治癒証明(インフルエンザ ・ 溶連菌 ・ その他)

書類代 治癒証明書 330円 アレルギー生活管理票 1通 1,100円 与薬依頼書 1通 1,100円

■ご家族や周囲で体調を崩されている方はいらっしゃいますか？

いない ・ いる (病名:)

その他

○お薬は飲めますか はい (水薬 ・ 粉薬 ・ 錠剤 ・ カプセル) ・ 苦手 ・ わからない

○水分 (いつも通り ・ やや少ない ・ 少ない) ○食欲 (いつも通り ・ やや少ない ・ 少ない)

○睡眠 (いつも通り ・ やや浅い ・ 眠れない) ○機嫌・元気 (いつも通り ・ 少し悪い ・ 悪い)

※ご注意※ 書類を希望の方は、受付時にお申し出ください。