



小児科再来問診票



健生クリニック TEL : 241-8357 (2023. 6. 2)

(ふりがな)

お子さまのお名前 _____

現在 _____ 才 _____ カ月

現在の体重は約 _____ kg

※今回の症状で他院でお薬をもらった、または定期的に他院を通院されている方はお薬手帳をご提出ください。

※上記医療機関名 : _____ ※本日ご利用の薬局名 (支店名も) : _____

※携帯電話番号 : _____ ※車の車種・色・ナンバー : _____

●本日来院されました目的についてお伺いいたします。該当するところに○をつけて下さい。

* 感染性の病気の疑い

感染性胃腸炎・ 新型コロナ・ 水痘・ 流行性耳下腺炎・ インフルエンザ
・その他 ()

* 急性の病気の診察

- 1. 発熱 ・ _____ 月 _____ 日 朝・昼・夕から _____ ・ °C ~ _____ ・ °C
・現在の体温 _____ °C
- 2. 咳 ・ _____ 日前より 少し・ひどい (日中・夜・1日中) ・喘鳴あり
- 3. 鼻汁 ・ _____ 日前より 少し・多い (水様性・黄緑色) ・鼻閉あり
- 4. 下痢 ・ 軟便 ・ 泥状便 ・ 水様便 ・ 血便 ・ 白色便
・排便回数、1日 _____ 回くらい
- 5. 嘔吐 ・ 吐き気 ・ _____ 回吐いた ・ 最後嘔吐 _____ 時 _____ 分頃
- 6. その他 ・ のどの痛み ・ 発疹 ・ 頭痛 ・ 腹痛 ・ ()
- 7. 元気 ・ あり ・ 少しなし ・ なし
- 8. 食欲 ・ あり ・ 低下 ・ なし

* 慢性疾患 _____ の定期診察

その他心配な症状や、ご希望、ご相談されたいことなど何でもお書きください

()

●発熱・咳などの症状がない方も枠内を必ずお書きください

- ・新型コロナウイルスに感染した はい (_____ 年 _____ 月 _____ 日頃) ・いいえ
- 2週間以内に
- ・新型コロナウイルス感染症にかかった人または疑う人と接触した。 はい・いいえ
いつ _____ どこで _____ 誰と _____
- ・旅行歴・人が多くいるところへいったことがある はい・いいえ
いつ _____ どこへ _____ 誰と _____
- ・保育園・学校などで風邪症状がはやっている。 はい・いいえ
保育園・学校名 _____
- ・同居されている方 (祖父・祖母・父・母・兄: 名・姉: 名・弟: 名・妹: 名・その他:)