

森の子キッズクリニックを受診される方へ

フリガナ

氏名 _____ 男・女 _____

生年月日 S. H. R. 年 月 日 年齢 歳 ヶ月 ・ 体重 kg

記入者 : 母 ・ 父 ・ 祖母 ・ 祖父 ・ その他 ()

集団生活 : なし・() 保育園・() 幼稚園・() 小学校・() 中学校

初診の方は①～⑤記入

再診の方は①～②記入(※住所や電話番号が変更された方は下記⑤へ)

① 本日はどうしましたか? 来院時体温 ℃ SpO2 %

- ・前回の続き
- ・新しい症状

いつからですか (今日、 昨日、 2-3 日前、 前より)

- ・熱がでた、発熱(自宅 ℃) ・頭痛 ・咽頭痛
- ・咳がではじめた ・鼻がではじめた ・犬が吠えるような咳をする
- ・腹痛 ・嘔吐(5 回/日以下 6 回/日以上)
- ・下痢がひどくなった (3-4 回/日 10 回以上/日)
- ・食事ができない ・水分がとれない ・目やに
- ・かさかさ ・湿疹 ・便秘
- ・発疹がではじめた (出たり消えたり 水疱 そのほか)
- ・耳の後ろが痛い、腫れている ・呼吸が苦しそう ・顔色が悪い
- ・けいれんをおこした ・ぐったりしている
- ・ぜいぜいしている
- ・そのほか()
- ・今飲んでいる薬 : なし ・ あり ()

② 簡単な経過 (上記以外で必要な方はお書きください)

③ 過去の疾患やアレルギーなどで気をつけてほしいこと。その他、ご心配なこと、ご相談したいことがありましたらお書きください。

④ 薬物アレルギー (無・有・不明)(有:)
食べ物アレルギー (無・有・不明)(有: 卵 ・ ミルク ・ 小麦 ・ その他)

⑤ 初診の方と住所が変更された方のみお書きください。

〒 _____

住所 _____

TEL. () 携帯電話番号 ()