

# 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 °C SpO2 %

- |        |  |
|--------|--|
| ・前回の続き | ・2週間以内に周囲に発熱者がいる(父・母・兄弟・その他 )            |
| ・新しい症状 | ・2週間以内に周囲に新型コロナ感染症の方がいた(家族、保育園、幼稚園、学校など) |

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 °C) ・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
- ・けいれんを起こした ・けいれんの既往がある ・けいれん予防の薬(ダイアップ)を使用している
- ・せいぜいしている ・ぐったりしている
- ・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 ( )