

# 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 | ・1週間以内に家族内で新型コロナウイルス感染症の方がいる (父・母・兄弟・その他 ) |
| ・新しい症状 | ・ 月 日 新型コロナ抗原キット( + 、 - ) ・抗原キットはしていない     |

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 ( )