

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 ()

当院ではオンライン資格確認を行う体制を有し、受診歴、薬剤情報その他必要な診療情報を取得活用して診療を行います。