

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ ( 歳 ヲ月) 男・女 体温 \_\_\_\_\_℃、 体重 \_\_\_\_\_kg

クリニック記入欄

SPO <sub>2</sub>	_____ %
P R	_____
血圧	_____ / _____

診療等の参考にさせていただきたいので、本日来られたお子さんの様子をお伺いします。  
ご協力ください。

通園・通学施設名 ( \_\_\_\_\_ ) 保育園・幼稚園・小学校・中学校・なし

・どのような症状がありますか。その症状がいつから見られていますか。

( ) 内にご記入ください。

1. 熱が出ている ( _____ )
2. 咳がある ( _____ )
3. 鼻水・鼻つまりがある ( _____ )
4. のどの痛み ( _____ )
5. 吐いている/吐き気がある ( _____ )
6. 下痢がある ( _____ )
7. 腹痛がある ( _____ )
8. 頭痛がある ( _____ )
9. 発疹がある ( _____ )
10. いつもと様子が違う ( _____ )
11. その他 ( _____ )

特に気になること、困っていることはどのようなことですか。

( \_\_\_\_\_ )

・「人にうつる病気」を疑っていますか。

(例えば、みずぼうそう、おたふくかぜ、ロタウイルスによる胃腸炎、プール熱、インフルエンザなど)

1. いいえ	2. はい	3. わからない
どのような病気を疑っていますか。( _____ )		

・現在、あなたのお子さんの周囲で、流行っている病気がありますか。

1. 特にない	2. ある
どのような病気ですか。( _____ )	
どこですか。( _____ )	

・現在、あなたのお子さんが使っている薬(飲み薬、吸入薬、貼り薬、塗り薬)がありますか。

1. ない	2. ある
薬の名前をわかる範囲でお書きください。	

何か気がかりなことや心配なことで聞きたいことがあればお書きください。

( \_\_\_\_\_ )

横になって待ちたい方、他の方と別の部屋で待ちたい方は、お申し出ください。可能な限りお応えいたします。

また、クリニックの方から、伝染性の病気のために別室でお待ちいただくようお願いすることがあります。

