

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ ( 歳 カ月)男・女 体温 \_\_\_\_\_ °C、体重 \_\_\_\_\_ Kg

クリニック記入欄

通園・通学施設名 ( \_\_\_\_\_ ) 保育園・幼稚園・こども園・小学校・中学校・なし  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

SP02	%
PR	
血圧	/

**～診察前の飲食、授乳はお控えください～**

ご家族からの預かっているメモ、日誌、母子健康手帳、小児科受診ノート等があれば一緒に提示ください。

必要に応じて 看護師が問診に伺います。

- ・ 今日 来院された目的は 何ですか

- ・ その症状はいつからどのような様子ですか。再診の方は前回の受診後からの様子を記入ください

- ・ 発疹がありますか ( ある ・ ない )

- ・ 上記以外に 次の症状があれば ○をしてください

〈 発熱 ・ 咳 ・ 鼻水 ・ 鼻づまり ・ 嘔吐 ・ 下痢 ・ 腹痛 ・ 頭痛 ・ 肌トラブル 〉

- ・ 食事は取れていますか 〈いつも通り ・ いつもより取れていない (いつもの 割くらい)〉

- ・ 水分はとれていますか 〈いつも通り・いつもより少ない・ほとんどとれていない〉

- ・ 睡眠はとれていますか 〈いつも通り・時々起きる・ほとんど眠れていない〉

- ・ 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 〈 ある ・ ない 〉

〔具体的に〕

- ・ 現在、あなたのお子さんが使っている薬がありますか 〈 ある ・ ない 〉

( 飲み薬、吸入薬、貼り薬、塗り薬、含む ) \*お薬手帳があれば、提出してください

- ・ その他 心配なことや 気になる症状 聞きたいことはありますか

