

《特診問診票》

耳原鳳クリニック 小児科

☆耳原鳳クリニック小児科 一般問診票 2016.6~

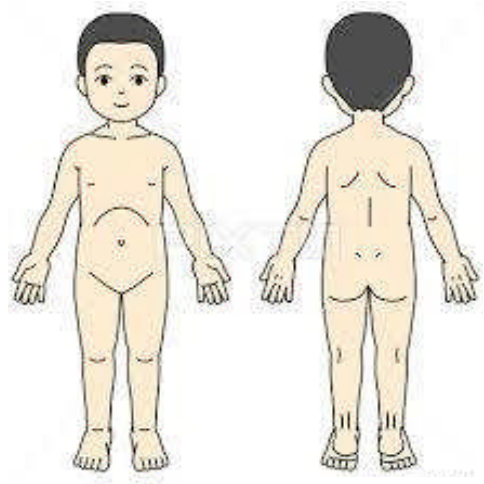
氏名 _____
 身長 _____ cm 体 _____ kg 血圧 _____ / _____

あてはまる項目をご記入ください。

- ★喘息
- * 発作はありますか？ なし ・ あり (いつごろ…)
 - * 内服は？ 飲めてる ・ 忘れる ・ 飲めていない
 - * 吸入は？ していない ・ している (毎日・発作時・ _____ 回/日)

- ★湿疹
- ※ 気になる部位があればイラストへ記入してください
 - * よくなっている・変わりなし・悪くなっている
 - * かゆみは… なし ・ あり
 - * 夜間は… 眠れる ・ かゆみで起きる ・ 不眠
 - * 塗り薬はどの部位に塗っていますか？
 - * 試した食べ物はありますか？

(例：かまぼこ、食パンなど)



★その他の症状
 目の症状 ・ 鼻の症状 ・ 咳 ・ じんましん

★尿フォローの方：何か気になる症状はありますか（むくみ、倦怠感など）

★お薬について（希望の薬があれば記入ください）

氏名 (_____)
 身長 (_____ cm) 体重 (_____ kg) 現在の体温 (_____ °C)
 在宅児 ・ 学校名 (_____) 保 ・ 幼 ・ 小 ・ 中

◎本日の受診の目的はなんですか？ (流行…)

★熱 なし ・ あり … / ~ (持続している場合は熱計表に●で記入ください)

体温	/			/			/			/		
	朝	昼	夜	朝	昼	夜	朝	昼	夜	朝	昼	夜
40												
39												
38												
37.5												
37												
36												

★希望の検査 インフル・溶連菌・アデノ・RS・尿・便・レントゲン・血液・その他
 ただし、ご希望にそえない場合や当日できない検査もあります。

★症状のあるものに☑を入れ記入してください。

- 咳 / から 乾いた ・ 痰絡み ・ ぜいぜい
- 鼻水 / から 鼻づまり / から
- 発疹 / から(部位: _____) かゆみ: _____
- 痛み / から(部位: _____)
- 嘔吐 / から _____ 回 最終嘔吐時間 _____ 最終便 _____ / _____
- 下痢 / から (水 ・ だろだろ ・ 軟便): 回数 _____ 回/日
- 食欲 (なし ・ あり ・ 低下) 水分 (飲める ・ 飲めない) _____
 ↳ どの程度 _____

★希望の薬 _____ ◎希望医師(なし・あり→ _____ Dr)
 熱さまし(座薬 ・ のみ薬) ・ 不要

★定期内服 ・ 他医院の薬 (なし ・ あり / 名前)

★一旦席を外される方は… 携帯 _____ 戻る時間 _____ 分位