

※記入項目が多く申し訳ございません。ご協力何卒宜しくお願いいたします。

- ◆マイナンバー保険証による診療情報取得に同意しましたか？ はい・いいえ  
◆他の医療機関からの紹介状をもらっていますか？ はい・いいえ

### くつまこどもクリニック問診票

ふりがな		記入日 西暦 2024年( )月( )日	
お名前	性別	男	年齢( 歳 ヶ月) 体温( )°C
		女	身長( )cm 体重( )kg

☆当てはまる症状・数字に○をつけて、症状が出てきた月日を( / )にご記入ください。

- ☆お子さまのまわりで流行している病気はありますか？(いいえ・はい= )  
☆お子さまの通園している園・学校は感染症で休園・休校・学級閉鎖になっていますか？(いいえ・はい= / ~)  
☆お子さまの通園・学している園・学校はどちらですか？( / 未就園 )

☆今日はどうされましたか？(・症状なし・再診指示・鼻吸い・喘息の薬・アレルギーの薬・便秘薬・書類)

★みずぼうそう疑い ★おたふくかぜ疑い ★はしか疑い ★風しん疑い(=特別室へご案内いたします)

- ・発熱 ( / ) ( )時頃からの発熱 最高( )°C ( )日目
- ・せき ( / ) から( 乾いた咳 痰がらみ ゼーゼー ケンケン )
- ・鼻水 / 鼻づまり ( / ) から( 黄緑色 透明 出血 )、目の赤み / めやに
- ・吐き気 / 嘔吐 ( / ) から( )回(突然吐く・咳き込んで吐く)、最後の嘔吐は / 、時ごろ
- ・下痢 ( / ) から 1日( )回 ( 水様 泥状 血便 白色 緑色 )
- ・腹痛 ( / ) から( ずっと・ときどき )、おへそより(上・おへそ・下:右・左)
- ・便秘 ( / ) から便が出ていない・もともと( )日に1回ペース
- ・蕁麻疹 / 皮膚症状 ( / ) から(頭・顔・口・首・体・背中・手・足・おしり・おまた; 湿疹、赤み、腫れ、水疱、乾燥)
- ・その他 ( / ) から( )

☆上記の症状で他の医療機関を受診されましたか？ はい・いいえ  
医療機関名: | 受診日: ( / )

☆現在使用しているお薬はありますか？ ※マイナ保険証による情報取得に同意した患者様は、直近1か月以内の処方薬を除き記載不要です。  
なし あり ⇒ どんなお薬ですか？  
※お薬手帳があれば記載不要です。

☆今の様子を教えてください

* 機嫌は	1 よい	2 まあまあ	3 悪い
* 水分は	1 いつも通り	2 ( / )から普段の半分程度	3 ( / )から普段の半分以下
* 食事は	1 いつも通り	2 ( / )から普段の半分程度	3 ( / )から普段の半分以下
* 睡眠は	1 いつも通り	2 ( / )から普段の半分程度	3 ( / )から普段の半分以下
* おしっこは	1 いつも通り	2 ( / )から少なめ	3 ( / )から出ない

☆お薬希望は( 粉薬・シロップ・錠剤 ) 解熱剤は( 不要・要 = 坐薬・粉薬・シロップ・錠剤 )

☆この一年間で健診(特定健診および高齢者健診に限る)を受診されましたか？  
はい いいえ ※マイナ保険証による情報取得に同意した患者様は記載不要です。

◎現在、妊娠中または授乳中ですか？(女性のみ) はい・いいえ

**※病状を確認するために、後日お電話をさせていただくことがございます。** ※錠剤は体重が20kg以上

ご記入お疲れ様でした。ありがとうございました。