

※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 2025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。