

太陽こども病院問診票

受付後ご記入できた方から順番で診察にご案内いたします。

問診日：R 年 月 日

体重 kg

フリガナ：	生年月日：《西暦》 年 月 日 (歳 カ月)
氏名：	性別： 男 ・ 女
電話番号： 続柄 ()	園名・学校名 (幼保・小・中・高)
内服中の薬：あり《お薬手帳をご準備下さい》 なし	希望するお薬の剤形と回数《ご希望に添えない場合あり》 粉薬 ・ シロップ ・ 錠剤 / 朝夕しか飲めない

1. 新型コロナウイルス感染症についてお答えください

- ①自宅で抗原検査をして陽性だった はい いいえ
はいの方⇒ご自宅から当院へお電話をおかけ下さい。発生届、処方に対応をいたします。
- ②1週間以内に新型コロナ感染者と接触があり発熱・気道症状がある はい いいえ
はいの方⇒いつ 月 日頃 誰と どこで
詳細をご記入ください 例：学級閉鎖中・小規模園で合同保育をしている・学童保育で発生した等
()
発熱外来は完全予約制です。直接来院の方は、院内の状況により診察が受けられない場合があります。
- ③コロナワクチン接種の有無 (あり⇒ 回 直近で 年 月 日 ・ なし)
- ④1週間以内に保護者に発熱・気道症状がある はい いいえ
はいの方⇒保護者の受診の有無 (あり ・ なし) 診断名 ()
コロナ検査の有無 (あり⇒結果 + ・ - ・ 結果待ち ・ なし)

2. 本日の診察の目的をご記入ください

- 専門外来 (アレルギー ・ 舌小帯 ・ 心臓 ・ 夜尿症 ・ 成長ホルモン)
- 書類 (ちゆ証明書 ・ 生活指導管理表 ・ 与薬指示書 ・ その他) 健康診断
- 水ぼうそう・耳の下の腫れ ⇒受付職員へお知らせください。
- 発疹(できている場所：) 肌荒れ 便秘 その他 ()
- 風邪症状の方は以下をご記入お願いします**
- 発熱 (37.5℃以上)
本日の体温 _____℃ (月 日 時ころから/最高発熱 _____℃)
- 咳 (痰がらみ・ヒューヒュー・ゼーゼー・ケンケン) (月 日から)
- 鼻水(透明・黄色・青ばな) (月 日から)
- 咽頭痛 呼吸困難・息苦しさ 倦怠感 関節痛 頭痛
- 腹痛 (いつも痛い ・ なみがある) (月 日から/最終排便 月 日)
- 嘔吐 嘔気 (月 日から 回 最後の嘔吐 時)
- 下痢 (軟便 ・ 水様便 ・ 血便) (月 日から 回)
⇒水分はとれていますか？(飲める ・ 少し ・ 飲めない)
- その他 ()

3. 今回の受診で相談やお伝えしたい内容をお書きください

()