

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

**kg** 体重 **kg** 必ずご記入をお願いします

記入日 月 日

フリガナ:	生年月日:《西暦》	年 月 日 ( 歳 ヵ月)
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》	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。発生源、処方の対応をいたします。

② 1週間以内に新型コロナウイルス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⇒  なし) 回 直近で 年 月 日 . なし)

④ 1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 + . なし) 結果待ち . なし)

2. 本日の診察の目的をご記入ください

- 前回の続き
- 定期的な受診
- 専門外来 (アレルギー . 舌小帯 . 心臓 . 他)
- 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 (痰からみ・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 ( 月 日 から/最終排便 月 日 )

腹痛 (いつも痛い . なみがある) ( 月 日 から/最後の嘔吐 時 )

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? ( 飲む . 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

( )