

< 問 診 票 (再診用) >

ふりがな :

氏 名 : (男・女)

生年月日 : (昭和、平成) 年 月 日 (満 歳 ヶ月)

集団生活 : 保育園・幼稚園・小学校・中学校・その他

付き添いの方は : 母・父・祖母・祖父・おじ・おば・その他の方

以下のことはわかる範囲で結構ですので記入してください。

1. 本日の受診目的は?

- ① 発熱 (頃から、最高 ℃ : 初めての熱、最終座薬 () 時)
- ② 咳 (頃から ; から咳、痰がからむ、ゼーゼー、)
- ③ 鼻水 (頃から ; 水様、粘っこい、鼻水の色 () 色)、
鼻づまり (頃から ; 1日中、就寝中、哺乳時)
- ④ 下痢 (頃から、1日 () 回、水様、泥状、軟便 ; 色 ())
- ⑤ 嘔吐・吐き気 (頃から、1日 () 回、最終嘔吐 () 時頃)
- ⑥ 腹痛 (頃から、時々、続いている、)
- ⑦ 頭痛 (頃から、時々、続いている、吐き気を伴う、前兆あり)
- ⑧ 便秘 (日前から ; 最終便 (普通便、固い便、軟便、その他))
- ⑨ 発疹 (頃から、部位 : 顔、体、手足、おしり、他)
- ⑩ のどの痛み (頃から ; どんな感じ?)
- ⑪ その他 ()
- ⑫ 予防接種 (種類 ; 回目)

2. 現在の状態

- ① 水分はとれていますか? (いつも通り、やや少ない、飲めない)
- ② 食欲は? (いつも通り、やや少ない、全くない)
- ③ 元気・機嫌は? (いつも通り、やや悪い、非常に悪い)
- ④ 集団生活 (園や学校) で流行、又は家族でかかっている病気に○を付けてください。
(溶連菌感染症・プール熱・おたふく・水ぼうそう・インフルエンザ・ロタ・ノロ)
- ⑤ 気になること聞きたいことがあれば記入してください。

ご協力ありがとうございました。

(個人情報ですので、守秘義務を守るため当日シュレッター致します)