

文京春日こどもクリニック

No : _____

※新患及び、住所・電話番号・通学の変更がある方のみご記入ください 記入日: _____年 _____月 _____日

フリガナ			男 ・ 女	
氏名				
生年月日	昭 ・ 平 ・ 令	年	月	日 (歳 か月)
住所	〒 _____			
電話番号	_____			
通園 通学	(_____)	幼稚園 保育園	(_____)	小学校 中学校

身長	cm	体重	kg	本日の体温	°C
本日はどうなさいましたか？当てはまるものにチェックしてください					
<input type="checkbox"/> 熱(最高体温 _____ °C) <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> ゼイゼイする <input type="checkbox"/> 耳の痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 目やに・目の充血 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> その他(_____)					
症状はいつ頃からありますか？ 約(_____)日・週間・か月 前から					
元気さや食欲はどうですか？					
☆ 元気さ : <input type="checkbox"/> 元気 <input type="checkbox"/> それなりに元気 <input type="checkbox"/> 少しつらそう <input type="checkbox"/> ぐったり ☆ 食欲 : <input type="checkbox"/> いつも通り <input type="checkbox"/> 少なめ <input type="checkbox"/> ほとんど食べない <input type="checkbox"/> 全くなし ☆ 水分 : <input type="checkbox"/> いつも通り <input type="checkbox"/> いつもより少なめ <input type="checkbox"/> ほとんど飲まない <input type="checkbox"/> 全く飲まない					
現在なにか飲んでいる薬はありますか？					
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(_____)					
これまでにかかった病気はありますか？					
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> その他(_____) 入院したことはありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(_____)					
食べ物やお薬でアレルギーはありますか？					
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 食べ物(_____) <input type="checkbox"/> 薬(_____)					
出生時の様子を選んでください ・ 出生体重(_____)g 在胎週数(_____)週(_____)日					
出生時に何か治療を受けましたか？					
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(_____)					
ご希望される項目がありましたらを選んでください					
<input type="checkbox"/> 診察・処方 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 病児保育ルーム希望 <input type="checkbox"/> 医療連携施設への紹介 <input type="checkbox"/> 登園許可証 <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> その他(_____)					
どのような種類の薬を希望されますか？ <input type="checkbox"/> 粉薬 <input type="checkbox"/> シロップ <input type="checkbox"/> 錠剤					
周囲でなにか流行している感染症はありますか？					
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(_____)					
周囲やご家族に新型コロナウイルス感染症の疑いの方、接触した方はいますか？					
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(_____)					

ご協力ありがとうございました