

問診票(初診・再診)

Ritto
YOSHIOKA
Children's Clinic



お名前: _____ (_____ 歳 _____ か月) □男□女

体重: _____ g/kg 診察前体温: _____ °C 付添いの方 () °C

◆ いつから(前回受診後)どのような症状や変化がありましたか?時系列でご記入ください

(例:4/16 朝~咳と鼻水、他院でカゼ薬処方。昨夜22時~39.0°Cの熱があり咳がひどく眠れず。)

◆ 風邪症状のかた→家族や周囲に同様の症状の方がいる場合は状況をお知らせください

◆ 在籍されている学校、幼稚園、保育園、託児所等の名称 _____

◆ 服用中の薬があればおしえてください(お薬手帳があれば確認いたします)

◆ 検査や治療の希望があれば○をしてください(医師判断で希望に添えないことがあります)

迅速検査(溶連菌/アデノウイルス/RSウイルス/ヒトメタニューモ/マイコプラズマ/ロタ/インフル/新型コロナ)

血液検査(アレルギー/血液型/その他) 尿検査 吸入 鼻腔吸引 浣腸

◆ 希望する処方があれば○をしてください

回数: 2回/日 3回/日

形態: シロップ 粉薬 錠剤

頓服薬(解熱鎮痛薬、吐き止め薬など): 坐薬 粉薬 錠剤

漢方薬: 希望する 希望しない オススメがあれば希望する

◆ 女性の方へ、現在妊娠されていますか → はい いいえ

◆ 授乳中ですか →はい いいえ

.....
※以下は職員記入欄です

検査指示: 迅速検査(溶連菌 マイコ RS ヒトメタ アデノ インフル ロタ ノロ 水痘 COVID-19)

血液検査(CBC/CRP/血糖/外注 _____) 尿検査(定性/外注) 培養(_____)

脳波 _____ スパイロ _____ 心電図 _____

処置指示:(終了後診察:あり/なし)

処置終了時チェック:□処置済

◎吸入 (ホスミン 0.2ml ムフチン 0.3ml 生食 2.0ml インタール 1A ビソルボン 0.5ml)

◎鼻腔吸引 ◇浣腸(_____ ml) ◎内服(サイサル _____ ml リンデロン _____ ml)

◎坐薬 (ダイアップ 6mg /ナウゼリン _____ mg/五苓散 _____ g)