

問診票

Ritto
YOSHIOKA
Children's Clinic



お名前： _____ (歳 月) □男□女

続柄

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。)

◆ 風感染が疑われる症状のかた→ご家族や周囲に同様の症状の方がおられますか

◆ 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

◆ 妊娠中の方はチェックしてください → □

◆ 授乳中の方はチェックしてください → □

※以下は職員記入欄です
検査指示：

【予防接種】 無 ・ 有 ☐ 月 日 () :

迅速検査(溶連菌 マイコ RS ヒトメタニューモ 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 メプチン 0.3ml インタール 1A 生食 2.0ml 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 (ダイアアップ 6mg /ナウゼリン mg/五苓散 g)