

問診表

月 日

Ritto
YOSHIOKA
Children's Clinic



🦠 感染を疑われる症状のある方は個室対応になります。インターフォンで必ずご申告ください。

🦠 院内では(装着可能な)お子さんを含め、マスクの着用をお願いします。

お名前 (ふりがな) _____ (_____) _____ 歳 _____ ヲ月 男・女

体重 _____ kg/g 入室時体温 _____ . °C 付添の方(_____) _____ . °C

① いつから、どのような症状がありますか？時系列でご記入ください

(例:4/1朝～咳あり、38.2°C発熱、14時に 39.0°Cで解熱剤使用した)また、医師やスタッフへの質問や相談の希望があればお知らせください

② 現在使用している薬がありますか？ なし/あり

ありの場合⇒当院/他院/市販薬⇒薬剤名を記入、またはお薬手帳があれば提出してください

③ 在籍している園、学校などの名称 _____

④ 最近2週間以内に、感染を疑われる症状の方との接触がありましたか

なし/あり 「あり」の場合はその経過⇒ _____

⑤ 最近2週間以内の、移動歴(国内外)があれば記入してください

⑥ 処方薬の希望等があれば○をしてください

粉薬/シロップ/錠剤 1日に 2回/3回 妊娠中/授乳中

解熱鎮痛剤の処方希望は 希望しない/希望する ⇒座薬/粉薬/シロップ/錠剤

⑦ 検査や処置ケア等の希望に○をしてください ※医師判断によりご希望に沿えないことがあります

抗原迅速検査(新型コロナ/インフルエンザ/RS/ヒトメタニューモ/アデノ/溶連菌/マイコプラズマ)

吸入 鼻水吸引 血液検査 尿検査 計測(身長/体重/頭囲)

🌸職員記入欄🌸

定期受診/予防接種 ⇒(_____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分)

抗原迅速検査 (コロナ/インフル/RS/ヒトメタ/アデノ/溶連菌/マイコプラズマ/百日咳/コロナ・インフル)

血液 (院内/外注) 尿 (定性/外注) 頓服(ザイザル ml/リンデロン ml)

挿肛 (五苓散 1g・2g/ナウゼリン mg/テレミン) 浣腸 (_____ ml) 経口補水療法

鼻腔内吸引 吸入(メプチン 0.3ml/ボスミン 0.2ml/生食 2ml)

検査・処置後診察 なし/あり 指示確認・実施サイン 済□ _____