

再診患者問診票

ふじもとクリニック

お名前 () (男 女) 年齢 () 歳 () ヶ月
身長 () cm 体重 () kg 現在の体温 () °C

以下の質問に○をつけるか筆記でお答え下さい。判る範囲で構いません。

予防接種のみ希望 乳児健診のみ希望

① 本日はどのような症状でお困りですか？

| | いつから | 内容 |
|----|------|---|
| 発熱 | | 最高体温 (°C) 解熱剤使用 (あり・なし) |
| 咳 | | 痰がらみ から咳 ゼイゼイ 嘔吐もあり |
| 鼻水 | | 透明 黄緑色 鼻づまり |
| 嘔吐 | | 回数 (1日 回くらい) 最後は 時間前 |
| 下痢 | | 回数 (1日 回くらい) かたち (水様 泥状 軟) 色 (黄茶色 緑白色 血液混) |
| 発疹 | | 小さい 大きい 水ぶくれ 赤い かゆい 汁が出ている 場所 (頭 顔 口内 首 手 足 胸 おなか 陰部 お尻) |

他に気になることは？ ()

以下の病気の診断を受けていますか (治療中ですか) ? (水痘 胃腸炎 (ノロウイルス /ロタウイルス) インフルエンザ その他)

② 今の体の状態はどうですか？

食欲 いつも通り 少ない ない 水分摂取 いつも通り 少ない 取れない
睡眠 いつも通り 少ない 取れない 機嫌 良い 少し悪い 悪い

③ 現在使っている飲み薬・塗り薬はありますか？ (なし あり)

薬名

ご希望の処方する薬の種類は？ (水薬、粉薬、錠剤・カプセル、座薬)

1日服用回数 (2回 3回)

アレルギーはありますか？ (なし あり)

薬品 食べ物—卵 牛乳

④ 周囲で体調を崩されている方はおられますか？ いない、いる ()

⑤ 何かお聞きになりたいこと、ご要望はありますか？