

森の子キッズクリニックを受診される方へ

フリガナ

氏名 _____ 男・女 _____

→ 6歳未満のお子様は③の記入をお願いします

生年月日 S. H. R. _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 年齢 _____ 歳 _____ 月 _____ 体重 _____ kg

記入者 : 母・父・祖母・祖父・本人・その他(_____)

集団生活 : なし・(_____ 保育園)・(_____ 幼稚園)・(_____ 小学校)・(_____ 中学校)・(_____ 高校)

初診の方は①～⑥記入

再診の方は①～③記入(※住所や電話番号が変更された方は下記⑥へ)

- ① 本日はどうしましたか? 来院時体温 _____ ℃ SpO2 _____ %
- ・前回の続き (_____)
 - ・新しい症状 : いつからですか (今日、昨日、2-3日前、前より)
 - ・熱がでた、発熱(自宅 _____ ℃) 1週間以内でご家族内にコロナ感染の方が(**いた** ・ いない)
 - ・頭痛 _____ ・咽頭痛 _____
 - ・咳がではじめた : くしゃみ _____ ・痰がからむ _____ ・鼻水、鼻づまり _____ ・犬が吠えるような咳をする
 - ・腹痛 _____ ・嘔吐(5回/日以下 _____ 6回/日以上)
 - ・下痢がひどくなった (3-4回/日 _____ 10回以上/日)
 - ・食事ができない _____ ・水分がとれない _____ ・目やに _____ ・目の充血 _____ ・耳が痛い(中 ・ 外)
 - ・かさかさ _____ ・湿疹 _____ ・便秘 _____
 - ・発疹がではじめた (出たり消えたり _____ 水疱 _____ そのほか)
 - ・耳の後ろが痛い、腫れている _____ ・呼吸が苦しそう _____ ・顔色が悪い _____
 - ・けいれんを起こした _____ ・けいれんの既往がある _____ ・けいれん予防の薬(ダイアップ)を使用している _____
 - ・ぜいぜいしている _____ ・ぐったりしている _____
 - ・その他(_____)
 - ・今飲んでいる薬 : なし ・ あり (_____)

② 簡単な経過 (上記以外で必要な方はお書きください)

- ③ 当院は小児かかりつけ診療料 2 を算定してします 同意書の提出と登録が必要となります。
6歳未満のお子様がいるご家族にお尋ねします。当院を“かかりつけ医”としてご希望されますか?
 ・希望する _____ ・希望しない(他院のかかりつけ医がある) _____ ・検討中 _____
 “かかりつけ医”に関して詳しくは HP もしくは掲示板をご覧ください。

④過去の疾患やアレルギーなどで気をつけてほしいこと。その他、ご心配なこと、ご相談したいことがありましたらお書きください。

- ⑤薬物アレルギー (無・有・不明)(有: _____)
 食べ物アレルギー (無・有・不明)(有: 卵 ・ ミルク ・ 小麦 ・ その他 _____)

⑥ 初診の方と住所を変更された方のみお書きください。

〒 _____

住所 _____

TEL. _____ (_____) 携帯電話番号 _____ (_____)

当院ではオンライン資格確認を行う体制を有し、受診歴、薬剤情報そのほか必要な診療情報を取得して診察を行います。