

サウスウッドこどもクリニック 問診票

ID: _____ 記入日: _____

フリガナ

氏名 _____ (男・女) S・H 年 月 日生 (才 ヶ月)

来院時体温 _____ °C 体重 _____ k g 身長 _____ c m

※初めて来院の方・変更事項のある方はご記入ください

住所 〒	
自宅 Tel.	携帯 Tel.
保護者氏名	当院を受診したことのあるご家族氏名
在籍 () 保育園 ・ 幼稚園 ・ 小学校 ・ 中学校 ・ 高校 ・ 大学 ・ その他	
当院を何でお知りになりましたか？	
<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 検索サイト <input type="checkbox"/> 知人からの紹介 <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> 看板広告 () <input type="checkbox"/> その他 ()	

*現在周囲で流行っている感染症はありますか？通っている () 学校・園)
 (みずぼうそう・おたふく・溶連菌・手足口病・アデノ・RS・インフルエンザ・その他 ())

当院受診が初めての方

前回と異なる症状にて受診の方

<症状>

- 発熱(最初) (月 日 時、 °C)
最高体温 (月 日 時、 °C)
- 咳 (月 日～)
- 鼻汁(月 日～)
- 嘔吐(月 日～) (回/日)
- 下痢(月 日～)
(軟便・泥状・水様)
(黄・茶・黒・白・赤い血が混ざっている・その他)
(酸臭・卵の腐った臭い・その他の臭い・普通)
- 皮膚状態 ()
- その他気になる症状 ()
- これまで言われたことのある病気
()
- この 2 週間の海外渡航歴 (国:)

前回と同じ症状にて継続受診の方

<症状>

- 発熱
- 咳
- 鼻汁
- 嘔吐
- 下痢
- 皮膚状態
- その他、気になる症状
()

----- 職員記入欄 -----

(再診で) 処方希望 ・ 登園登校許可書希望 ・ 診断書

紹介状 ・ 処方なし ・ 検査 ・ 処置