

来院された方はまずこちらをご記入ください

名前 () 体温 度、体重 kg

隔離小
ベッド
吸入
外

本日の受診は、前回受診された症状の続きですか？

新たな症状もしくは初診です。

本日の気になる症状・受診目的を記載し受付へお渡してください。初めて当院を受診の方は裏も記入してください

前回受診後も症状が続きます or 定期薬の処方希望です。

検査結果は3. に してください

1. 症状診察 了診

<input checked="" type="checkbox"/> 症状	いつから?	ひどくなっている?はい/いいえ・どのように?
<input type="checkbox"/> 発熱		はい/いいえ・
<input type="checkbox"/> 咳		はい/いいえ・
<input type="checkbox"/> 鼻汁		はい/いいえ・
<input type="checkbox"/> 発赤・発疹		はい/いいえ・
<input type="checkbox"/> 腹痛		はい/いいえ・
<input type="checkbox"/> 嘔吐		回/日 はい/いいえ・
<input type="checkbox"/> 下痢		回/日 はい/いいえ・
<input type="checkbox"/> その他		具体的に

診察の方は現在の児の状態について記載ください

○水分摂取(可・不可)

○食欲(有・無)

○睡眠(とれる・眠れない)

○現在 内服中の薬はありますか? (無 有:内容)

○保育園・幼稚園・未就園児 である 感染症発生状況()

2. 紹介状 登校/登園許可証 病児用保育連絡票 が必要

3. 検査結果説明・その他()

初めて当院を受診された方 初診用問診票

ふりがな 名前	平成・令和 年 月 日	
性別 男・女		
住所 〒 -		
①携帯番号() - 誰の? 父・母 ②その他() -		
◎健診で、発育・発達のフォローや指摘を受けたことはありますか?	無・有 いつ頃? 内容	
◎心臓・腎臓・肝臓・先天性異常・血液の病気・そのほか重い病気の診断を受けたことはありますか?	無・有 いつ頃? 病名 現在の治療内容 無・有()	
◎右記の病名を診断や、指摘されたことはありますか?	アトピー性皮膚炎 (有・無) 小児喘息 (有・無) アレルギー性鼻炎 (有・無)	
◎食物や薬のアレルギーはありますか?	有 (何に?) ・ 無	
◎ご家族の中で、現在または以前に病気をお持ちの方はいらっしゃいますか?	・アトピー性皮膚炎 (誰が) ・小児喘息 (誰が) ・アレルギー性鼻炎 (誰が)	
6才未満の方への「小児かかりつけ診療料」に関する説明の確認及び同意		
<p>以下の内容の「小児かかりつけ診療料」について、本院 4 回以上受診した時に職員より文章と口頭で説明を受け、納得できたら提供の内容が記載された用紙を受ける事を希望します。提供を希望された場合、提供開始後は主治医を二星こどもクリニック医師二星あゆみとすることに同意します。(この署名されても「小児かかりつけ診療」詳細の内容の説明時に、辞退されても全く問題ありません。また、それ以降も同意の取消はいつでも可能です)</p>		
<ul style="list-style-type: none"> ● 急な病期の際の診療や、慢性疾患の指導管理を行います ● 発達段階に応じた助言指導を行い、健康相談に応じます ● 予防接種の接種状況を確認し、接種の時期について指導を行います。また、予防接種の有効性・安全性に関する情報提供を行います。 ● 同意された方の急変時、平日夜間は直通電話にて個別対応が受けられます。(電話番号は4回目以降の説明後にお渡しする用紙に記載されています。) 		
記入日 令和 年 月 日 保護者署名 _____		