

キッズルームこぐま問診票

利用日 年 月 日

氏名		男 女	病名	
		歳 カ月		

●症状について

【どのような症状ですか？】

いつから? (日頃から)
 発熱・せき・痰・ゼーゼー・鼻水・吐き気・下痢・食欲がない・発疹・中耳炎がある
 その他()

【昨夜から今朝の様子】

熱がありますか---昨夜(°C) 時 今朝は(°C) 時
 解熱剤を使った(時 分) ・ 使っていない
 けいれん止めの坐薬を使った(時 分) ・ 使っていない
 昨夜は眠れましたか---眠れた・ぐずって眠れず・何回か起きた
 機嫌はどうですか---良い・普通・悪い
 排便がありましたか---昨日(硬・普・軟・泥状・水様) 回 今朝(硬・普・軟・泥状・水様) 回
 排尿の様子は---普通 ・ 少ない 最後におむつをかえたのは(時 分)

●食事について

【食欲はどうですか?】 いつもどおり・いつもより少ない・食べていない
 【水分はとれていますか?】 いつもどおり・いつもより少ない・とれていない
 【現在は何食ですか】 普通食・離乳食(回食) ・ ミルク(ml 時間おき)
 【食べ物にアレルギーがありますか】 あり・なし
 ある場合--- 卵 牛乳 他()

●けいれんについて

今までに、痙攣を起こした事がありますか。 あり・なし
 「あり」の方で、痙攣をおこしたのは、どんな時でしたか。(熱が出たとき・熱がないとき・泣いたとき)
 一番最後に痙攣を起こしたのは、いつですか。(年 月 日頃)

●クスリについて

【常時内服中のクスリがありますか】 あり・なし
 薬の内容は---()
 【今、内服している薬がありますか】 あり・なし
 薬の内容は---()
 今朝の内服薬は---飲んだ(時 分頃) ・ 飲んでいない
 本日(保育中)の内服は---(あり・なし) 服薬時間は---食前・食後・食間・()時間おき

●今回の病気の治療について

- 1、ここ(せいきょう子どもクリニック)がかかりつけなので、ここでの治療を希望する。
- 2、別の医療機関にかかっているので、かかりつけ医での治療を受ける。
- 3、別の医療機関にかかっているが、今回はここでの治療を希望する。

●本日の連絡先 (父・母・その他) TEL

本日のお迎え時間 時 分頃
 どなたが来られますか? (父・母・その他)