

小児科予診カード

☆当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

R8年 月 日

ふりがな 氏名	男・女 _____ 歳 _____ か月 ()人 兄弟姉妹 ()番目		
体重	kg	来院時の体温	度
通園・通学中の 保育所・幼稚園・学校名	小学・中学()年生 年長 年中 年少		
かかりつけ医	本日利用の薬局		

1. お子様の様子について 該当する症状を✓チェックし、詳細をご記入ください。

<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 鼻閉 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 皮膚症状 その他 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> けいれん	(月 日午前・午後 時頃)から(度) 最高体温(月 日 時頃 度) 解熱剤の使用：なし・あり→いつ？ 熱型表はありますか？→ なし・あり (アプリ・紙)	その他の症状をご記入ください。	
	いつ()から いつが多いですか？：()		
	いつ()から、同上		
	(月 日 時頃)から 嘔吐回数：()回/日 最後の嘔吐(日 時頃)		
	(月 日 時頃)から、水様便・泥状便()回/日 最後の下痢(日 時頃)、血便：あり・なし		
	いつ()から、部位：()		
	該当する状態を○で囲んでください。		
	食 事		いつも通り・まあまあ・良くない：普段の()割
	活 気		いつも通り・まあまあ・悪い
	睡 眠		いつも通り・時々起きる・眠れない

2. 今かかっている病気はありますか？ いいえ・はい ()

受診日： 月 日、医療機関名：

使用中の薬：

3. 周囲で流行している病気はありますか？ いいえ・はい ()

4. ご家族で体調の悪い人はいますか？ いいえ・はい (誰が： いつから： 症状：)

5. 今までにかかったことのある病気はありますか？ いいえ・はい ()

6. 薬や食べ物にアレルギーはありますか？ いいえ・はい ()

7. 薬の剤型の希望に○をつけてください。 内服(シロップ・粉・錠剤)、軟膏、その他 ()

8. 解熱剤の処方希望はありますか？ いいえ・はい→ (シロップ・粉・坐薬・錠剤)

9. この1か月で海外に渡航していましたか？ いいえ・はい ()

10. 接種していない予防接種はありますか？ いいえ・はい ()