＊再診時問診票＊　HARU　pediatric　clinic　（　　）

▼お名前▼

※ひらがな・カタカナでも結構です。

■現在の体重と身長

身長（　　）ｃｍ　※大体で結構です。

体重（　　）ｋｇ

※書き終わりましたら、受付事務または看護師にお渡しください。

▼前回から引続きの方▼

■今日の状態（いくつでも可）
- □ 良くなっている
- □ 変わっていない
- □ 悪くなっている

※どこが・どのように変化しましたか？
（　　）

■受診の理由・目的（いくつでも可）
- □ 医師に言われたので
- □ 経過を見せに【 アトピー・喘息・他 】
- □ 検査結果を聞きにきた　（　　）
- □ 検査をしに、または希望（　　）
- □ 処置をしに、または希望（　　）
- □ 薬がなくなったので

※ 薬の内容に変更希望はありますか？
- □ なし、またはいつもの薬
- □ ある
- □ 状態を見せてから、相談したい

▼今回、新たに症状が出た方▼

■いつ頃から・どんな症状ですか？（当てはまる症状を○で囲み、記入してください）

1．発熱【 なし・あり 】発熱は＿＿＿＿＿＿ 頃から（　　℃～　　℃）

2．熱以外の症状【 なし・あり 】症状は＿＿＿＿＿＿ 頃から
せき・たん・のどの痛み・ゼーゼー・鼻水・鼻づまり
頭痛・腹痛・下痢・吐き気・嘔吐・発疹
その他（　　）

■身体の状態はどうですか？（○で囲んでください）

食欲【 ある・あまりない・ない 】　水分【 とれてる・あまりとれてない・とれてない 】
活気【 ある・あまりない・ない 】　睡眠【 とれてる・あまりとれてない・とれてない 】
尿量【 普通・少ない 】　排便【 普通・かたい・やわらかい・出ていない 】

■周囲、または家族の中で、流行っている病気はありますか？
- □ 特にない
- □ ある　※病名（　　）

■お薬の希望をお答えください（希望するものを、○で囲んでください）

【 粉・シロップ・錠剤・なんでも可 】

■熱さましは希望しますか？（希望する際は、○で囲んでください）
- □ 要らない
- □ 要る 【 座薬・粉・シロップ・錠剤・なんでも可 】
- □ 相談したい、または医師と確認してから決めたい

■現在、使用しているお薬がある方はお答えください。
- □ 当院で処方された薬のみを使用中
- □ 市販されている薬を使用中　（薬剤名　　）
- □ 他の病院で処方された薬を使用中　（薬剤名　　）

※病院名＿＿＿＿＿＿ 病院

※診察を受けている場合、診断名（　　）

■診察以外に希望されることはありますか？
- □ 検査 【 採血・血液型・検尿・レントゲン・その他（　　） 】
- □ 処置 【 点滴・吸入・その他（　　） 】

★発熱が続く場合は、以下の体温記録表に記録し、受診の際にお持ち下さい。

お名前	年齢　　才　　ヶ月	男・女

はるこどもクリニック

体温記録表

月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日
時 時 時 時		時 時 時 時		時 時 時 時		時 時 時 時		時 時 時 時		時 時 時 時	
40℃											
39℃											
38℃											
37℃											
36℃											
解熱剤（使用時○）											
症状や気になったこと											