

キッズルーム「スマイル」問診票

利用日 年 月 日

※該当する箇所に○印か、記入をお願いします。

ふりがな		男・女	疾患名	
氏名		歳 ヶ月	現在の体重	kg
受診病院名				
<p>● 症状について</p> <p>◎主な症状 発熱・咳・鼻水・痰・喘鳴・嘔気・嘔吐・下痢・食欲がない・発疹・痛み その他(具体的にお書き下さい) ()</p> <p>◎昨夜から今朝の症状</p> <p><input type="checkbox"/> 発熱 熱はありますか。 有 or 無 【有の方】:(昨夜 ℃ 時 今朝 ℃ 時) 【無の方】:(今朝 ℃ 時) 解熱剤の使用: 有 or 無 【有の方】:(時 分)使用 痙攣止めの薬の使用: 有 or 無 【有の方】:(時 分)使用</p> <p><input type="checkbox"/> 咳 咳はありますか。 有 or 無 【有の方】:どのような咳ですか。 コンコン・ゴホゴホ・ゼーゼー・ケンケン</p> <p><input type="checkbox"/> 鼻水 鼻水はありますか。 有 or 無 【有の方】:どのような鼻水ですか。 水鼻・青鼻</p> <p><input type="checkbox"/> 痛み 痛みはありますか。 有 or 無 (不明) 【有の方】:頭・のど・お腹・耳(右・左)・その他()</p> <p><input type="checkbox"/> 嘔吐 嘔吐はありますか。 有 or 無 【有の方】:(日 時頃より 回) 最終の嘔吐は(日 時頃)</p> <p><input type="checkbox"/> 排便 下痢はありますか。 有 or 無 【有の方】:(日 時頃より 回/日位) 今日(回) ・便の性状はどうですか。 水様・泥状 【無の方】:最終排便はいつですか。(日 時頃)</p> <p><input type="checkbox"/> 排尿 尿の回数はどうですか。 多い・少ない・普通 最終排尿はいつですか。(日 時頃)</p> <p><input type="checkbox"/> 発疹 発疹はありますか。 有 or 無 【有の方】顔・足・お腹・お尻・背中・口・その他()(日頃より)</p> <p><input type="checkbox"/> 食事 食欲はありますか。 有 or 無 【無の方】:(昨夜 時頃) 量はどうですか。(少量・食べていない) ・水分(ミルク ml) その他(ml) (今朝 時頃) 量はどうですか。(少量・食べていない) ・水分(ミルク ml) その他(ml)</p>				
<p>● 本日の連絡先</p> <p>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()</p> <p>※下記欄は、連日利用の際は初日のみ記入して下さい。翌日からは記入不要です。</p>				
<p>● 日頃のお子様の様子について</p> <p>食事…一人で食べられる・部分介助・全面介助 排泄…トイレで出来る・オムツ 排尿(回/日位) 排便(回/日) 体温…平常時の体温(℃~ ℃位) 午睡…有 or 無 有の方(時間/日) 与薬…スプーンの上で溶かして飲める・口に入れてそのまま飲める・その他() 好きな遊び()</p>				
<p>● 痙攣について</p> <p>今までに痙攣を起こしたことがありますか。 有 or 無 【有の方】:痙攣を起こしたのはどんな時ですか。 発熱時・発熱がない時・泣いた時 最後に痙攣を起こしたのはいつですか。(年 月 日頃)</p>				
<p>● 薬について</p> <p>常時内服している薬がありますか。 有 or 無 【有の方】:薬の内容()</p>				
<p>● 学校、園で現在流行している感染症があれば記入して下さい。()</p>				