

小児科外来来院カード

名前		体温	℃	体重	kg
----	--	----	---	----	----

●当病院以外に、かかっている医療施設があれば記入をお願いします。

(		) 医院・クリニック・病院(		科)
---	--	----------------	--	----

●今回の病気で他の医療機関を受診されていた方は、※お薬手帳をご提示ください。

治療は	月	日より	日まで薬を飲んでいた。
-----	---	-----	-------------

●本日外来に出ている医師の中で、診察を希望する医師を教えてください。

1. (		) 医師	2. 指定しない
※医師により、順番や待ち時間の差が生じますが、ご了承下さい。			

●1ヶ月以内に予防接種を受けましたか はい・いいえ(月 日 ワクチン)

●今回の受診理由に○印を付けて下さい。

1. 具合が悪くなったから。(症状は下記に記載して下さい。)
2. 数日前に当科を受診したが、もう一度診察を受けるため、またはお薬をもらうため。
3. 定期的に飲む薬(喘息・てんかん薬等)がなくなったため。
4. 定期的な検査。(採血・検尿・身体計測等)
5. 検査の結果をきくため。
6. 当院救急外来(月 日)後の受診。

●下記の具合の悪いところに、いつ頃からあるのか記載して下さい。

① 発熱	月 日から (°C)	⑧ 下痢	月 日から 1日に何回位、下痢をしましたか。 (回)
② せき	月 日から たんは(からむ・からまない)	⑨ 腹痛	月 日から
③ ゼイゼイ音	月 日から	⑩ 吐く	月 日から 1日に何回位、吐きましたか。 (回)
④ 鼻水鼻づまり	月 日から		
⑤ のどの痛み	月 日から		
⑥ 頭痛	月 日から	⑫ 発疹	月 日から 部位(顔・手・足・体全体)
⑦ けいれん	月 日から		
⑬ その他			

※感染症(みずぼうそう・おたふくかぜ・風疹)の方、又は発疹の方は受付に声をかけ下さい。

●現在、処方されているお薬はありますか？ □いいえ □はい()

※1 マイナ保険証による情報取得に同意された方は、直近1ヶ月以内の処方を除き記載は省略です

※2 お薬手帳や説明書をお持ちの方は提出していただければ記入不要です

●薬はどちらが希望ですか？ 粉希望・シロップ希望・錠剤希望

●どちらかに○印を付けて下さい。

1. 食欲は	普通・少ない(普段を10割とすると 割)
2. 薬や食べ物のアレルギーは	ある() なし