

小児科外来来院カード

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

体重のわからない方は、体重計がありますので声をかけてください。

●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

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。

●最近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	⑪ 便秘	月 日から
⑤ のどの痛み	月 日から	⑫ 発疹	月 日から 部位(顔・手・足・体全体)
⑥ 頭痛	月 日から		
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。

●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. 薬のアレルギーは ある・なし

※頻回に吐いたり、食欲が0~5割と少ない方は、受付に声をかけ下さい。