

ご記入日：R 年 月 日

# 初診時間診票（小児）

フリガナ		生年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月	<input type="checkbox"/> 男
お名前		身長・体重	( ) cm ・ ( ) kg	( 歳 ヶ月)	<input type="checkbox"/> 女
ご住所	〒 -	自宅電話	( ) -		
		携帯電話	( ) -		
		緊急連絡先 (ある方のみ)	( ) -		
		ご連絡先： <input type="checkbox"/> 自宅電話 <input type="checkbox"/> 携帯電話 ( <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時頃)			

該当する項目に☑をお付け下さい。ご記入が済みましたら、受付までお持ちください。

①本日はどうされましたか？	
風邪症状	①体温 ( ) °C →解熱剤の服用 ( <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし) ②鼻水 ( <input type="checkbox"/> さらさら・ <input type="checkbox"/> ねばねば・ <input type="checkbox"/> 鼻づまり) ③咳 ( <input type="checkbox"/> 痰がからむ・ <input type="checkbox"/> から咳・ <input type="checkbox"/> ゼーゼー・ <input type="checkbox"/> ヒューヒュー)
腹部症状	<input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢
その他	<input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> だるい <input type="checkbox"/> その他 ( )
皮膚症状	<input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 腫れ 部位 ( )
その他	
いつから	<input type="checkbox"/> 今日 <input type="checkbox"/> ( ) 日前 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ( ) 年前 <input type="checkbox"/> 今は痛みはない
②今の状態はどうですか？	
◎水分摂取 ( <input type="checkbox"/> いつも通り・ <input type="checkbox"/> やや少ない・ <input type="checkbox"/> 少ない・ <input type="checkbox"/> とれていない)	
◎食事摂取 ( <input type="checkbox"/> いつも通り・ <input type="checkbox"/> やや少ない・ <input type="checkbox"/> 少ない・ <input type="checkbox"/> とれていない)	
◎睡眠 ( <input type="checkbox"/> いつも通り・ <input type="checkbox"/> やや少ない・ <input type="checkbox"/> 少ない・ <input type="checkbox"/> とれていない)	
◎機嫌・元気 ( <input type="checkbox"/> いつも通り・ <input type="checkbox"/> やや悪い・ <input type="checkbox"/> 悪い)	
◎周りに体調を崩している方はいますか？	
<input type="checkbox"/> いる⇒ (病名： )	
<input type="checkbox"/> いない	
③現在飲んでいる薬はありますか	
<input type="checkbox"/> あり	※「あり」とお答えの方のみ
<input type="checkbox"/> なし	病名 ( ) 薬品名 ( )
④アレルギーについて	
<input type="checkbox"/> あり	※「あり」とお答えの方のみ
<input type="checkbox"/> なし	薬品名 ( ) 食品名 ( ) <input type="checkbox"/> 花粉 <input type="checkbox"/> ハウスダスト
⑤希望のお薬の種類	
◎お薬 ( <input type="checkbox"/> シロップ・ <input type="checkbox"/> 粉薬・ <input type="checkbox"/> 錠剤・ <input type="checkbox"/> カプセル)	
◎解熱剤 ( <input type="checkbox"/> 欲しい・ <input type="checkbox"/> いらない) ⇒ ( <input type="checkbox"/> 坐薬・ <input type="checkbox"/> 飲み薬)	
⑥何を見て当院にご来院されましたか	
<input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 口コミ <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 紹介 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

治療効果を向上させる為、薬局と診療情報を共有させていただきますので、ご了承願います。