

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 日 (歳 ヶ月)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
お名前		身長・体重	()cm ・ ()kg		
ご住所	〒 -	自宅電話	() -		
		携帯電話	() -		
		緊急連絡先 (ある方のみ)	() -		
		基本ご連絡先: <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	<input type="checkbox"/> 熱がある()℃⇒解熱剤使用(<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> 鼻水(<input type="checkbox"/> さらさら・ <input type="checkbox"/> ねばねば・ <input type="checkbox"/> 鼻づまり・その他_____) <input type="checkbox"/> 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・その他_____)
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()
⑤希望のお薬の形	
◎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・ <input type="checkbox"/> 服用したことがない・ <input type="checkbox"/> その他_____)	
◎解熱剤(<input type="checkbox"/> 欲しい・ <input type="checkbox"/> いらぬ)⇒(<input type="checkbox"/> 坐薬・ <input type="checkbox"/> 飲み薬・ <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。