

病状連絡票 (問診票)

令和 年 月 日

お子様のお名前		男・女	生年月日	H・R 年 月 日 歳 ヶ月	体重 kg	
記入者名		本日の緊急連絡先	携帯・職場	TEL:	(母・父)	
保育園・学校名		お住まい	大阪市 () 区・市外 () 市			
食事形態	普通食(病児食) ・後期食(1歳以上は軟飯) ・中期食(1歳以上は七分粥) ・初期食 ・離乳食未					
食物アレルギー	無・有	<input type="checkbox"/> 卵	完全除去 ・ つなぎ可 ・ マヨネーズ除去			
		<input type="checkbox"/> 牛乳、乳製品	完全除去 ・ つなぎ可			
		<input type="checkbox"/> 小麦	小麦完全除去(しょうゆ可)			
		<input type="checkbox"/> 大豆	大豆完全除去(みそ、しょうゆ可)			
		<input type="checkbox"/> その他	そば ・ ピーナッツ ・ ゴマ ()			
		※エピペンを所持していますか? はい ・ いいえ				
☆未摂取・避けてほしい食品があればご記入下さい () ※そば・ピーナッツは提供しません						
★熱性けいれんの既往について	有・無	計 回	けいれん止めの指示	有・無	℃以上 / 最終発作 年 月 (歳頃)	

今回の症状についてお書きください。

現在までの治療は? <input type="checkbox"/> 外来治療を受けた(本院・他院: ()) 診断名() <input type="checkbox"/> 入院治療を受けていた(本院・他院: ()) <input type="checkbox"/> 治療は受けていない	昨日はどのように過ごしていましたか? <input type="checkbox"/> 自宅安静 <input type="checkbox"/> 保育園・幼稚園に通っていた <input type="checkbox"/> 病児保育室を利用していた (本院 ・ 他施設: ())	
症状は?	熱	無・有・・・いつから 月 日から 最高 月 日 時頃 ℃ 今朝の体温 ℃
	咳	無・少し・多い 月 日～
	鼻汁	無・少し・多い 月 日～
	嘔吐	無・有 (1日/ 回) 月 日～
	下痢	無・有 (1日/ 回) 月 日～ 最終排便: 月 日 便性()
	食欲	有・無 朝食(食べた・食べていない) 水分摂取(摂れている・摂れていない) 普段のミルク(1日 回・1回量 cc) 朝ミルク(時間 : 量 cc)
	機嫌	良い・悪い
	発疹	無・有 (どこに:) 月 日～
	睡眠	眠れている・眠れていない()
その他の症状	月 日～	

☆昨日から今朝までの症状は・・・ (改善している ・ かわらない ・ 悪化している)

冬季のみ記載 : インフルエンザワクチン接種について 未接種 / 1回済み ・ 2回済み

お薬	持参の薬	無・有 (本院 ・ 他院) 1日2回分 ・ 1日3回分
	朝の薬	飲んだ ※時間 (:) ・ 飲んでいない(飲み忘れ ・ その他())
	解熱剤	未使用 ・ 使用 (月 日 AM・PM :)
	吸入治療	無・有 (月 日 AM・PM :)

○お迎えはどなたですか? フリガナ 母・父 / 祖母・祖父 氏名()
ファミリーサポート () さん、 時 分まで預ける)

○お迎えの時間 ※時間変更は13時までです

- 延長なし (時 分まで) 17:00までにお越しください
 延長あり 17:30まで 18:00まで ※予定より早まる場合は事前に連絡ください

マイナ保険証による診療情報取得に同意いただけますか はい いいえ

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

◆医療情報・システム基盤体制充実加算(初診時)加算1 4点 加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)