

今日はどのようなことでいらっしやいましたか？（枠の中を記載ください）

お名前 _____ 才 _____ 月 _____ 今の体温 _____ °C 受診日： _____ 月 _____ 日

1. 次に当てはまるものを○で囲って下さい。

・受診 ・育児相談 ・定期診察 ・検査結果 ・血液・尿検査 ・その他 _____

2. どのような症状が、いつからありましたか？（当てはまるものに○を付けてください）

- ① 発熱 _____ 月 _____ 日から→最高体温 _____ °C（ _____ 月 _____ 日） 上がり下がり、ずっと
- ② 頭痛 _____ 月 _____ 日から→
- ③ 鼻水 _____ 月 _____ 日から→
- ④ せき _____ 月 _____ 日から→ 寝てすぐ、起きてすぐ、明け方、昼間、 _____
ケンケン、ゼーゼー、コンコン、ゴロゴロ、 _____
- ⑤ ノドの痛み _____ 月 _____ 日から→
- ⑥ 嘔吐 _____ 月 _____ 日から→一日に _____ 回程度、 吐き気のみ
- ⑦ 下痢 _____ 月 _____ 日から→一日に _____ 回程度、 血液が混じる
- ⑧ 腹痛 _____ 月 _____ 日から→
- ⑨ 発疹 _____ 月 _____ 日から→顔、首、胸、腹、背中、手、足、股、お尻、 _____
- ⑩ その他 _____ 月 _____ 日から→ _____

3. ご家族で2週間以内に同様の症状やお風邪をひいたという方はいらっしやいますか？

当院を受診したことがある場合はその方のお名前か診察券番号をお教え下さい。

4. 保育園・幼稚園・学校に通っていますか？（はい：園名・学校名 _____、いいえ）

一時保育の場合はだいたい週に何回ですか？ _____ 回/週

5. 現在お飲みになっているお薬はありますか？（お薬手帳などがあればお持ち下さい） /なし

_____ 日から _____

6. 近くにうつる病気の人はいませんでしたか？

（はしか、水ぼうそう、風疹、おたふく風邪 等）

トリアージ _____ 月 _____ 日 時刻 _____ : _____ サイン： _____

全身状態 ぐったり 不機嫌 顔色不良 寝ている 起きている 良好

呼吸数 _____ 回、 SpO2 _____ %、 心拍数 _____ 回、 血圧 _____ mmHg、 体温 _____ °C

呼吸	循環	腹部	発疹
<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 腹部膨満	<input type="checkbox"/> とびひ様
<input type="checkbox"/> 陥没・努力	<input type="checkbox"/> チアノーゼ	<input type="checkbox"/> 軟らかい	<input type="checkbox"/> 水痘様
<input type="checkbox"/> 喘鳴	<input type="checkbox"/> 末梢冷感	<input type="checkbox"/> 硬い	<input type="checkbox"/> 汗疹様
		<input type="checkbox"/> 圧痛	<input type="checkbox"/> カサカサ
			<input type="checkbox"/> じくつき

その他 _____ Pencil.Park.Child.Clinic _____

トリアージ区分 緊急 準緊急 通常 隔離

本票は受付へお出し下さい。

えんぴつ公園こどもクリニック

