

ながいこどもクリニック

問診票(初診・再診)

記入日 年 月 日

ふりがな お名前	生年月日 年 月 日 (年齢 年 か月)
男・女	本日の体温 °C 体重 kg
所属:	保育園・幼稚園・小学校・中学校 紹介状 なし・あり

- ◇ お子さん及び同居されている方で2週間以内に県外・海外へ行かれて方はいますか? いいえ・はい
- ◇ お子さん及び同居されている方で2週間以内に県外・海外から来られた方と接触されましたか? いいえ・はい
- ◇ 2週間以内にご家庭・保育園・幼稚園・学校・職場で新型コロナウイルスの発症はありましたか? いいえ・はい

【はい】の方はお車で待機して頂くことがあります。お電話をしますので連絡先をお書き下さい。(- -)

今日はどのようなことで、受診されましたか? あてはまる項目に○をして下さい。

- ・新しい症状のため
- ・前回受診から続く症状 (軽快・不変・悪化・不明)
- ・検査結果を聞くため
- ・いつものお薬処方希望
- ・その他()

【現在の症状】分かる範囲でよいので、当てはまる項目に○や具体的な内容のご記入をお願いします。

発熱	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	最高体温 (°C) いつから ()
咳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	コンコン・ゴホゴホ・ケンケン・ゼーゼー・夜咳込みで眠れない・咳き込み嘔吐する いつから ()
鼻水	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	透明な鼻水・黄色/緑色の鼻水・両方 いつから ()
嘔吐	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	嘔吐回数 今日 回、昨日 回 黄色・緑色の嘔吐あり 吐き気あり いつから ()
下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	腹痛あり・血便あり・気になる食べたもの(生魚・焼肉・他) いつから・どのように ()
他	気になる症状 () いつから ()	
周囲で流行している病気 () 家庭内で調子が悪い人 ()		

【現在の状態】

元気	あり・あまりない・キゲンが悪い・グツタリ	水分	とれる・少しずつ取れる・全く取れない
食欲	あり・あまりない・全く取れない	おしっこ	でている・少なめ・ほとんどでない
服薬中のお薬があれば、ご記入ください。 ()		アレルギーがあれば、ご記入ください。 食べ物 () お薬 ()	

※連携する調剤薬局に今回記入の患者様情報を共有してもよいですか。(許可・不可)

↓ここから下は、医療スタッフが記入いたしますので、記入しなくても大丈夫です。

Pediatric Assesment Triangle (PAT)

【外観】	【呼吸】	【循環】
<input type="checkbox"/> 清明	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 正常
<input type="checkbox"/> 視線が合わない	<input type="checkbox"/> 陥没・努力呼吸	<input type="checkbox"/> 末梢冷感
<input type="checkbox"/> 声に反応しない	<input type="checkbox"/> 聴診なしで喘鳴音	<input type="checkbox"/> 蒼白
<input type="checkbox"/> 痛みに反応しない	<input type="checkbox"/> 呻吟・鼻翼呼吸	<input type="checkbox"/> まだら皮膚

【トリアージ区分】	<input type="checkbox"/> 緊急	<input type="checkbox"/> 準緊急	<input type="checkbox"/> 通常
-----------	-----------------------------	------------------------------	-----------------------------

【バイタルサイン】					
<input type="checkbox"/> 体温	°C	<input type="checkbox"/> 脈拍	回/分	<input type="checkbox"/> 呼吸数	回/分
<input type="checkbox"/> SpO2	%	<input type="checkbox"/> CRT	秒		

【基準値】	0-3か月	3-6か月	6か月~1歳	1歳~3歳	3歳~8歳	8歳~
心拍数(回/分)	90-180	80-160	80-140	75-130	70-110	60-90
呼吸数(回/分)	30-60	30-60	25-45	20-30	16-24	14-20