

★再診・OT・PT・ST・心理検査用〈健康状態チェック表〉

R 年 月 日記入 再診・OT・PT・ST・心理検査 記入者

診察券番号 名前

主治医(家森・岩見・柴田・山村) 担当作業療法士(中川・森川・加藤) 言語聴覚士(早川)

- ① ご本人の体温( )度 付添いの方の体温( )度
- ② 最近、熱を出しましたか? いいえ はい→いつからいつまで熱がありましたか?( 月 日～ 月 日)
- ③ 今日の健康状態は? いつもと同じ 同じでない
- \* 風邪症状は? ない ある(鼻水 咳 下痢 ゼーゼーしている 声がかすれている)
  - \* 新型コロナの症状は? ない ある(咳 喉の痛み 息苦しい だるい 下痢 味がしない 匂いがしない )
  - \* 食欲は? いつもと同じ 少し食欲がない かなり食欲がない 全く食欲がない
  - \* 機嫌は? いつもと同じ 少し機嫌が悪い かなり機嫌が悪い 非常に機嫌が悪い
  - \* 顔色は? いつもと同じ 少し顔色が悪い かなり顔色が悪い 非常に顔色が悪い
  - \* 元気は? いつもと同じ 少し元気がない かなり元気がない 全く元気がない
- ④ 最近、予防接種を受けましたか? いいえ はい( 月 日、予防接種の種類: )
- ⑤ 最近、ひきつけを起しましたか? いいえ はい( 月 日、症状: )
- ⑥ 最近の身長、体重がわかる場合ご記入ください。 身長 cm, 体重 kg
- ⑦ 最近、周囲で流行っている感染症はありますか? ない ある
- \* ある場合:(水疱瘡・オタフク風邪・胃腸炎・インフルエンザ・手足口病・新型コロナ・その他: )
- ⑧ その他、気になることがあればお書きください

※保護者の方々へお願い: 今後、1日～2日の間に感染症(インフルエンザ、胃腸風邪、新型コロナを疑う症状等)にかかられた場合、お手数ですがクリニックまでご連絡ください。

〈自己評価表〉 前回の来院時から今回の来院までの様子についてお尋ねします。

① お子さんをほめることが出来たことは何でしたか?

② お子さんに、よい変化はありましたか?

③ 医師の診察時に尋ねたいことはありますか? また、クリニックへのご要望があればご記入ください。

★保護者診・処方のご希望・心理検査結果報告時用（保護者の方のみでの来院時）

令和 年 月 日

主治医（家森・岩見・柴田・山村）

診察券番号 \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_ （体温 \_\_\_\_\_ °C）

本日の保護者診察で相談されたいことをご記入ください。

処方ご希望の方は、薬の名前、用法、日数をご記入ください。