

# 受診申込・問診票(小児科)

※職員記入欄 ( 携帯無し・車 )

氏名	カタカナ	男・女	受付番号(※職員記入欄)
	漢字		
生年月日	平成・令和 年 月 日生 ( 歳 ヲ月)		
住所	(〒 - )		
持参の 携帯電話番号	番号( - - )持ち主氏名( )続柄( )		

下記に該当する方はいますか？( はい・いいえ ) 「はい」の方は下記にも○をしてください  
 コロナ陽性者 ( 本人・同居者・付添者 )

薬・食品のアレルギー なし・あり ( )

体温 °C お子さんの体重 Kg・g  マイナ保険証を利用する

★該当する症状に○をつけてください。一番心配な症状に◎をつけてください。

- ( ) 発熱 月 日 朝・昼・夜・ 時頃から
- ( ) 咳 月 日 朝・昼・夜・ 時頃から
- ( ) ゼーゼー・呼吸困難 月 日 朝・昼・夜・ 時頃から
- ( ) けいれん 月 日 朝・昼・夜・ 時頃から
- ( ) 嘔吐 本日 回・前日 回、 月 日 朝・昼・夜・ 時頃から
- ( ) 下痢 本日 回・前日 回、 月 日 朝・昼・夜・ 時頃から
- ( ) 腹痛 月 日 朝・昼・夜・ 時頃から
- ( ) 発疹 月 日 朝・昼・夜・ 時頃から
- ( ) その他( ) 月 日 朝・昼・夜・ 時頃から

★この症状で医師の診察を受けましたか？ いいえ・はい( 月 日、当センター・他院 )

★現在、内服中のお薬はありますか？ いいえ・はい( )

★今まで手術・入院・大きな病気をしたことはありますか？また、定期的に通院している病気はありますか？  
 なし・あり( けいれん・喘息・その他 )

★定期の予防接種は予定通りにすんでいますか？ いいえ・はい

★かかりつけ医はありますか？ いいえ・はい( )

★本日、マイナ保険証を利用する方にお伺いします。診療情報取得に同意しますか？ はい・いいえ

## ※職員記入欄

- 処方なし  おむつ ( ) 枚  お尻拭き ( ) 袋  尿パック ( ) 枚
- バスタオル ( ) 枚  CD 持ち帰り  CD 後送持参

- 生保 担当 ( )  自費 (還付・証明要) ( )
- 保険証なし (忘れ・資格なし)  医療証なし (還付・資格なし・府外)

バーコードシール

保険登録：

保険確認：

こども急病診療センター

## 患者様へ

**下記の項目を確認してから、裏面の問診票をご記入下さい。**

**堺市子ども急病診療センターは、**

- 中学生以下のかぜなど内科系の症状が対象であり、ケガ・やけどなどの外科診療は受付していません。
  - 当センターでは患者さん希望による検査は行っていません。
  - 診察は緊急性があるかどうかの判断を行い、薬が処方される場合は1日分（土曜は2日分）になります。  
休み明けには「かかりつけ医」に受診してください。
  - 不織布マスクの着用をお願いします。
  - 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。
- 当センターは医療情報・システム基盤整備体制充実加算算定医療機関です。

**※上記項目を確認されましたら**

**右の□に✓を入れてください。**