

# 受診申込・問診票(小児科) ※職員記入欄 ( 携帯無 )

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	(〒 - )		
付添者の携帯番号		付添者氏名( )	続柄(母・父・祖母・祖父・おば・おじ)

コロナ陽性の方はいますか？  はい ( 本人 ・ 同居者 ・ 付添者 )  いいえ

薬・食品のアレルギー なし ・ あり ( )

体温 ℃ 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)

## 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。**

堺市こ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おりません。
- **当センターは、自宅療養が可能か、病院に紹介が必要かを判断するための施設です。**  
**検査については、検査キットの確保が困難なため、入院を必要とするような重症者などに限定して実施しております。**
- 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。
- 受診時は**保護者または親族で症状や様子をよく知っている方が付添ってください。**やむを得ず代理（成人に限る）の方が付添う場合は保護者の同意書が必要です。（同意書についての詳細は受付にお尋ねください）
- 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。