

受診申込・問診票 (小児科)

※職員記入欄

検査(無・D)(携帯無し・車)

氏名	カタカナ	男・女	受付番号 ID
	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○をして下さい
 コロナ陽性者(本人・家族) 濃厚接触者(本人・付添者)

緑

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

★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()

※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