受診申込・問診票(小児科)

※ 職員記入欄（ □ 携帯無 ）

氏　名	ｶﾀｶﾅ 漢字	男 ・ 女	受付番号(※職員記入欄)
生年月日	平成 ・ 令和　　年　　月　　日生 （　　歳　　ヶ月）		
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・　　)	

マイナ保険証を利用する方は、診療情報取得に同意されますか？　□はい　□いいえ

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

★該当する症状に〇をつけてください。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

（　　）ぜーぜー・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済んでいますか？　□いいえ　・□はい

★かかりつけ医はありますか？　□いいえ ・ □はい（　　）

□処方なし
□おむつ（　　）枚　□お尻ふき（　　）袋
□バスタオル（　　）枚　□尿パック（　　）枚
□CD 持ち帰り　□CD 後送持参
処方・自費・CD 確認済：□

※職員記入　保険登録・オン資格確認：
□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（ 忘れ ・ 資格なし ・府外 ）

バーコードシール

堺市こども急病診療センター