

※みずぼうそう、はしかの疑いがある場合は、すぐに受付にお申し出下さい。

小児科専用受診票

※内科・耳鼻咽喉科・眼科を受診される方は、裏面にご記入下さい。

※小児の眼科・耳鼻科受診（日曜・祝日のみ）の方は裏面にご記入して下さい。

平成 年 月 日

フリガナ		男・女	No.	
氏名		生年月日	平成 年 月 日(才 ヶ月)	
住所				
電話		連絡先		
兄弟	いない、 いる()人中()番目			有・無 保険証を受け取りました サイン
今の体重	kg	今の体温	℃	

※ 数日以内にこの急病センターを受診されたことはありますか？
ない、 ある(月 日 午前 / 午後 時頃、 小児科 耳鼻科 眼科)

1. 本日はどのような症状で来院されましたか？
・発熱(いつから？ 最高 度) ・咳 ・鼻水 ・くしゃみ ・咽頭痛
・下痢 ・はきけ ・おう吐 ・腹痛 ・頭痛 ・発疹 ・便秘 ・その他
()

2. 集団生活は？ なし、 あり(託児所 保育園 幼稚園 小学校 中学校)

3. 今までにかかったことのある病気や現在通院中の病気がありますか？
・けいれん(ひきつけ): 無、 有(熱があるとき 回、 熱がないとき 回)
・突発性発疹 ・みずぼうそう ・おたふくかぜ ・溶連菌感染症 ・百日咳
・はしか ・風しん ・中耳炎
・発達障害 ・心臓病または川崎病 ・気管支喘息 ・アトピー性皮膚炎
・尿路感染症または腎臓病 ・その他 ()

4. 今までに入院されたことはありますか？
ない、 ある(病名と何才頃？)

5. 今までに受けた予防接種は？
・BCG ・B型肝炎 ・ヒブ ・小児肺炎球菌 ・ロタ ・ポリオ(生 / 不活化)
・3種混合(DPT) ・4種混合(DPT+不活化ポリオ) ・麻しん ・風しん
・MR(麻しん 風しん混合) ・みずぼうそう ・おたふくかぜ ・日本脳炎
・子宮頸がん ・今シーズンのインフルエンザ ・その他 ()

6. 今までに薬や食べ物で具合が悪くなったことがありますか？
ない、 ある(薬品名や食べ物名:)

7. かかりつけの医療機関はありますか？
ない、 ある(医療機関名:)

8. 今飲んでいる薬はありますか？
ない、 ある()

9. 薬の剤形について、飲めないものに×を付けて下さい。
こなぐすり() ・シロップ() ・錠剤() ・カプセル()

10. 家族のなかにたばこを吸われる方はおられますか？ (いない、 いる)