

※If you suspect you have chicken pox or measles,

please notify the receptionist immediately.

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ください。

(Staff Use) Waiting Area

PEDIATRICS

小児科専用受診票

※When you visit the pediatric surgery, ophthalmology, or otolaryngology departments (available only on Sundays and public holidays), please fill out a medical questionnaire (for INTERNAL MEDICINE, SURGERY, OPHTHALMOLOGY, OTOLARYNGOLOGY). 小児の外科・眼科・耳鼻咽喉科(日曜・祝日のみ)の方は『受診票(内科・外科・眼科・耳鼻咽喉科)』をご記入下さい。

令和 年 月 日

フリガナ				<input type="checkbox"/> Male 男 <input type="checkbox"/> Female 女	
Name 氏名					
Date of Birth 生年月日	Year	Month	Day	Age 年齢	Years Months
Address 住所	〒 —				
TEL					
Siblings 兄弟	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Yes (person(s)人数 th 番目)				
Weight 体重					kg
Temperature 体温					°C

I have received my insurance card

保険証を受け取りました

Sign _____

Did you read and understand the center's important notice?

名古屋市医師会急病センターにおける注意事項を読み、内容を理解しましたか

Yes No

Have you visited here recently? 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

No Yes (Date and time 日時: _____ Month _____ Day Time _____)

Department 科: Pediatrics 小児科 Surgery 外科

Ophthalmology 眼科 Otolaryngology 耳鼻咽喉科)

1. What are your symptoms? (Answer on behalf of your child.) 本日はどのような症状で来院されましたか

- Fever 発熱 (From when? いつから: Since _____
Highest temperature 最高体温: _____ °C)
- Cough 咳 Runny nose 鼻水 Sneezing くしゃみ Sore throat 咽頭痛
- Severe fatigue 強いだるさ Vomiting 嘔吐 Diarrhea 下痢 Abdominal pain 腹痛
- Nausea 吐き気 Rash 発疹 Constipation 便秘
- Other その他 (_____)

2. Have you taken a fever reducer within the last 8 hours? 8時間以内に解熱剤を使用していますか

No Yes

3. Did you take an examination for infectious diseases before visiting here, and was the result positive? 来院前に感染症の検査を受け、陽性が出ていますか

- No (Not tested or negative 未検査または陰性)
- Yes (Disease 病名: _____)

4. Are you currently enrolled in any of the following? 集団生活はしていますか

- No
- Yes (Daycare center 託児所 Nursery 保育園 Kindergarten 幼稚園
 Elementary school 小学校 Junior high school 中学校)

Continued on Reverse Side 裏面へ続く

5. Do you have family members, roommates, or friends (at childcare centers, school, or after school activities) who have similar symptoms or are suffering from an infectious disease?

ご家族・同居者や集団生活の場（園や学校、習い事など）に同じ症状や、感染症患者の方がいますか

No Yes (Relationship, location, symptoms or disease 続柄、場所、症状や病名：)

6. Please tell us about your hospitalization and medical history as well as any ongoing medical treatments. 今までにかかったことのある病気や入院の有無、現在通院中を教えてください

Hospitalization History 入院歴：

None Yes (When and the name of hospital 当時の年齢と場所：

..... years old /

Medical History 病歴：

Convulsions けいれん(ひきつけ) (When having a fever 発熱時 times 回 Other それ以外 times 回)

Febrile rash/roseola infantum 突発性発疹

Chicken pox みずぼうそう

Mumps おたふくかぜ

Streptococcal infection 溶連菌感染症

Pertussis 百日咳

Measles はしか

Rubella 風しん

Infection of the middle ear (Otitis media) 中耳炎

Developmental disorders 発達障害

Heart disease or Kawasaki disease 心臓病または川崎病

Bronchial asthma 気管支喘息

Atopic dermatitis アトピー性皮膚炎

Urinary tract infection or kidney disease 尿路感染症または腎臓病

Other その他 (

7. Please tell us about the preventive vaccinations you have received. 今までに受けた予防接種を教えてください

Recommended Vaccinations 定期接種：

Rotavirus ロタ

Hepatitis B B型肝炎

Pneumococcal conjugate 小児肺炎球菌

Hib (Haemophilus influenzae type b) ヒブ

DPT-IPV (Diphtheria, Pertussis, Tetanus, Inactivated Poliovirus) 4種混合(DPT+不活化ポリオ)

DPT-IPV-Hib (DPT-IPV, Hib) 5種混合(DPT+不活化ポリオ+ヒブ)

BCG

MR (Measles, Rubella) MR(麻しん風しん混合)

Chicken pox みずぼうそう

Mumps おたふくかぜ

Japanese encephalitis 日本脳炎

DT (Diphtheria tetanus) 2種混合(DT)

Cervical Cancer 子宮頸がん

Optional Vaccinations 任意接種：

Seasonal Influenza for this year 今期のインフルエンザ

COVID-19 新型コロナウイルス感染症

Other その他 (

8. Have you ever felt sick after having specific food or medication?

今までに薬や食べ物で具合が悪くなったことはありますか

No Yes (medication or food 薬品名や食品名：)

9. Do you have smokers in your family or among your roommates? ご家族・同居者の中に喫煙者の方はいますか

No Yes

10. Do you have a family doctor or medical institution that you usually visit?

かかりつけの医療機関はありますか

No Yes (Medical institution 医療機関名：)

11. Are you currently taking any medication? 今、飲んでる薬はありますか

No Yes (Medication 薬品名：)

12. Please mark with an "×" any medication types that you cannot take.

薬の形状について、使用できないものに×を付けて下さい

Powder medicine 粉薬 (.....) Syrup シロップ (.....) Tablet 錠剤 (.....)

Capsule カプセル (.....) Suppository 坐薬 (.....)

※We will use this information within the purpose of use specified by the center.

当院で定められた利用目的の範囲内で利用いたします。

※If you receive a prescribed syrup, please pay the container fee. シロップを処方された方は別途容器代が必要です。

名古屋市医師会急病センター

Continued on Reverse Side 裏面へ続く