

※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。

(職員使用欄)待機場所

# 小児科専用受診票

※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		男	生年月日			
氏名		女	平成 令和	年	月	日 (才 ヶ月)
住所	〒 —					
連絡先						
兄弟	いない ・ いる (人中 番目)					
今の体重	kg	今の体温	°C	サイン _____		

保険証を受け取りました

サイン \_\_\_\_\_

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 はい いいえ

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・外科・眼科・耳鼻咽喉科)

## 1. 本日はどのような症状で来院されましたか

発熱 (月 日より 最高 °C) ・ 咳 ・ 鼻水 ・ くしゃみ ・ 咽頭痛 ・ 強いだるさ  
嘔吐 ・ 下痢 ・ 腹痛 ・ 吐き気 ・ 発疹 ・ 便秘 ・ その他 ( )

## 2. 8時間以内に解熱剤を使用していますか いいえ はい

## 3. 来院前に感染症の検査を受け、陽性が出ていますか

いいえ(未検査または陰性) はい(病名: )

## 4. 集団生活はしていますか いいえ はい(託児所 保育園 幼稚園 小学校 中学校 )

## 5. 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

いいえ はい(続柄、場所、症状や病名: )

## 6. 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

入院歴: なし あり(当時の年齢と場所: )

病歴: けいれん(ひきつけ)(発熱時 回、それ以外 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 ( )

## 7. 今までに受けた予防接種を教えてください

定期接種: 口タ・B型肝炎・小児肺炎球菌・ヒブ・4種混合(DPT+不活化ポリオ)  
5種混合(DPT+不活化ポリオ+ヒブ)・BCG・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・2種混合(DT)・子宮頸がん  
任意接種: 今期のインフルエンザ ・ 新型コロナウイルス感染症  
その他 ( )

## 8. 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

いいえ はい(薬品名や食品名: )

## 9. ご家族・同居者の中に喫煙者の方はいますか いいえ はい

## 10. かかりつけの医療機関はありますか いいえ はい(医療機関名: )

## 11. 今、飲んでいる薬はありますか いいえ はい(薬品名: )

## 12. 薬の形状について、使用できないものに×を付けて下さい

粉薬 ( ) シロップ ( ) 錠剤 ( ) カプセル ( ) 座薬 ( )

※当院で定められた利用目的の範囲内で利用いたします。

※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