

救急センター 問診表 <診療申込書>

(小児用)

ID:

来院日時: _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

来院時体温: _____ °C

フリガナ	性別
名前:	男・女
生年月日: 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
住所:	
連絡の取れる電話番号:	

●お子様の年齢・月齢・身長・体重を教えてください

年齢: _____ 歳 _____ ヶ月 身長: _____ cm 体重: _____ Kg

●どうされましたか？

- 発熱 頭痛 せき 鼻水 腹痛
下痢 吐いた その他 _____

●その症状はいつからですか？

_____ 頃から

●現在、くすりを使っていますか？

いない いる ⇒ _____ 病名

●アレルギーはありますか？

- ①薬 ない ある ⇒ _____ 薬剤名
- ②食べ物 ない ある ⇒ _____ アレルゲン

●済んだ予防接種について○をつけてください。

・Hib(ヒブ)	1 2 3 追加	・MR(麻しん風しん混合)	1期 2期
・肺炎球菌	1 2 3 追加	・麻しん	1期 2期
・四種混合	1 2 3 追加 2期	・風しん	1期 2期
・三種混合	1 2 3 追加 2期	・B型肝炎	1 2 3
・ポリオ	1 2 3 追加	・ロタウイルス	1 2
・BCG		・水痘	1 2
・日本脳炎	1 2 3 追加	・おたふく	1 2
		・インフルエンザ	今季(冬季前 1 2)

●お薬の処方を希望されますか？

希望します 希望しません

- * お薬手帳を持参の方は、お手元にご用意してお持ちください。
- * 症状により診察の順番がかわる場合がございます。ご理解とご協力をお願い申し上げます。