

# 急病センター診療申込書

小児科・内科  
(15歳以下)

No. \_\_\_\_\_

受診者	ふりがな		男・女	※受付時間	年 月 日 時 分
	氏名			被保険者 〔保険に加入して いる人の氏名〕	下に緊急連絡先を記載してください
	生年月日	平成 令和 年 月 日 ( 歳)	同伴者 又は 連絡先	ふりがな	
	住所	〒 — —		住所	—
	電話番号	( ) (携帯 — — )		電話	( ) (携帯 — — )

来所方法 1. 自家用車(タクシーを含む) 2. 救急車 3. その他

**予診表** 治療上大切な情報となりますので、該当する項目を○で囲み、必要事項を簡単にお答えください。

\* 今までに当センターでの受診は? ・なし ・あり ( ・今月 ・先月 ・その他 )

\* かかりつけの医院・病院 ( ) \* 園・学校名 ( )

\* 今までにかかった病気 ・ぜんそく ・ひきつけ ・その他 ( )

\* 現在治療中の病気 ・なし ・あり 治療中の病名 ( )  
最終受診日 月 日

\* 現在飲んでいる薬 **お薬手帳などがある場合は薬名の記入はいりません。**  
・なし ・あり (お薬手帳持参 ・あり ・なし 薬の名前 )

\* 体重( )kg

**現在の症状を○でかこんでください。**

\* いつから 月 日 午前・午後 時頃から

・発熱 ( )℃ ・ゼーゼー

・はき気 ・咳 (痰がからむ・ケンケン・その他)

・おう吐 ( )回くらい ・鼻水

・下痢 ( )回くらい ・発疹 (じんましん・水疱・その他)

・便秘 最後の便 ( 月 日 ) ・ひきつけ

・痛み 頭・のど・腹部・耳(右左)・生理・その他( )

・その他 (予防接種など )

\* 薬・食べ物などのアレルギーはありますか? ・なし ・あり

・薬 ( ) ・その他 ( )

・食べ物 たまご・牛乳・小麦・その他( )

\* 解熱鎮痛剤はありますか? ・なし ・あり

\* 使用しやすい薬のかたちは? ( ・坐薬 ・粉薬 ・錠剤 ・シロップ )

● インフルエンザの予防接種は ・していない ・した ● 新型コロナの予防接種は ・していない ・した

● 本人または同居家族や職場・学校等でインフルエンザや新型コロナの人は ・いない ・いる(状況)

※医療従事者記入欄 体温( ) 脈拍( ) SPO2( )