

小児科

個人情報の利用目的について同意した上で、
太枠の中をご記入ください。

14日以内に渡航歴が	体重
ある ・ ない	kg

医療従事者記入欄	水 薬	ID				
	本					
	軟 膏	受診日	月 日 時 分			
	個		体 温	℃	受 付	マ ・ 自 ・ 生

★ マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか？ はい ・ いいえ

受診者 (お子さんのお名前)	フリガナ			生年月日	平成 年 月 日 歳 ヶ月			
	氏 名			保護者名 同伴者名			続柄	
	住 所	(〒 -)						
	電 話	(-)	携 帯	(-)				
来 所 方 法	1. 自家用車 2. タクシー 3. 救急車 4. 徒歩 5. その他 ()							
かかりつけ医	当診療所を受診したことがありますか							はい ・ いいえ

予 診 票	1. <u>現在の症状で、主にあてはまるもの</u> に ○印 をつけてください ・ 熱 (℃ 時頃) ・ 同居家族のインフルエンザまたはコロナ 有 (5日以内) ・ せき ・ 鼻水 ・ ゼーゼー (喘鳴 声がかれている) ・ 痛み【どこが … 頭痛 ・ 腹痛 ・ のど ・ その他 ()】 ・ 嘔吐 (回) ・ 下痢 (回) ・ 便に血液が混ざる ・ じんましん SpO₂ % その他来所理由
	2. <u>水分・母乳・ミルク</u> は 【 摂れている ・ 摂れていない (いつから) 】
	3. <u>現在、飲んでいるお薬</u> はありますか ある ・ ない ※マイナ保険証による情報取得に同意した患者さんについては、直近1か月以内の処方薬を除き、記載は不要です。 薬の説明書・お薬手帳などをお持ちの方は、 <u>診察室</u> でお出しください 手帳がない場合は、お薬の名前を書いてください
	4. <u>今までに大きな病気 (入院・手術)</u> をしたことはありますか ある ・ ない ■ 病名 ■ 何歳ぐらいに
	5. <u>お薬や食品等でアレルギー反応</u> をおこしたことがありますか ある ・ ない ■ 薬品名 ■ 食品名
	6. <u>周囲に流行している病気</u> はありますか ある ・ ない ■ 病名

※ 医療従事者記入欄

トリアージ時間	時 分	診察開始時間	時 分	再	時 分	サイン
呼 吸 数	回	心 拍 数	回			
A アピアランス		B 呼吸		C 循環		
☐ 正常 ☐ 機嫌が悪い ☐ 顔色不良 ☐ 紅潮 ☐ ぐったり ☐ 興奮		☐ 正常 ☐ 陥没呼吸・努力呼吸 ☐ 喘鳴呼吸 ☐ 犬吠様咳嗽		☐ 正常 ☐ 冷感 ☐ 蒼白 ☐ まだら皮膚		
トリアージ区分	☐ 緊 急 ☐ 診 察 ☐ 隔 離		看護師署名			

※ 詳しい検査および入院はできません。原則的にお薬は1日分となります。お薬のみの受付はできません。

当診療所は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

受付	頭書入力	会計入力	会計処理