

持参分

中学生までの方

受診日

年

月

日

受診申込書（小児科・外科 No.

）

時

分

フリガナ	セイ	メイ	男・女	生年月日	年齢 歳 (ヶ月)
患者氏名	姓	名		平成 令和 年 月 日	
住所 〒 - () 府 道 都 高槻市・茨木市・摂津市・島本町・(市)					
携帯電話 - - 電話番号					

* 本日はどのような症状で来られましたか。

発熱	けいれん	頭を打った
せき	発疹	身体を打った(部位:)
鼻水	頭痛	けが(部位:)
息苦しさ	耳痛(右・左)	骨折やねんざの疑い(部位:)
腹痛	のどの痛み	片手を動かさなくなった(右・左)
嘔吐	声のかれ	やけど(部位:)
下痢・血便	便秘	虫さされ(部位:)

その他の症状

職員記入欄

T	RR
PR	BP /
SPO ₂	WT

* いつ頃からですか 約 () 時間前 または 約 () 日前

* 今回の症状で診察は受けられましたか いいえ・はい (いつ)

* 何かお薬を使いましたか いいえ・はい (いつ ・薬名)

* 食事・水分はとれていますか いいえ・はい (食事 ・水分)

* 1ヶ月以内の海外渡航歴 あり・なし * 周囲で流行っている病気()

①アレルギー(過敏症)はありますか ない・ある 薬剤() 食品()
その他()

②現在、治療中の病気はありますか いいえ・はい (ぜんそく・中耳炎・アトピー・てんかん)
(その他)
病院・医院名()

③現在、服用中の薬はありますか ない・ある (おくすり手帳持参: ない・ある)

④今までにかかった大きな病気・けがはありますか いいえ・はい
(病名) (いつ頃)