

名前 () 体温 _____ 度、体重 _____ k g

★検査結果の説明を受けるため もしくは、

定期薬の診察と処方にご来院された方はチェック をお願いします →

その他の方は、以下の内容についてご記載ください。

1.現在の児の状態についてお伺いします。

- 水分摂取(可・不可) ○食欲(有・無) ○睡眠(とれる・眠れない)
- 現在 内服中の薬はありますか? (無・有:内容)
- 保育園・幼稚園・未就園児 である 感染症発生状況()

2.必要書類: 病児用医師連絡票 紹介状 登校/登園許可証

3.その他受診希望内容 (薬剤・検査は医師の診断治療の必要性で行います)
()

4.症状 についてご記入ください。

☑ 症状	いつから?	ひどくなっている?はい/いいえ・どのように?
<input type="checkbox"/> 発熱		はい/いいえ・
<input type="checkbox"/> 咳		はい/いいえ・
<input type="checkbox"/> 鼻汁		はい/いいえ・
<input type="checkbox"/> 発赤・発疹		はい/いいえ・
<input type="checkbox"/> 腹痛		はい/いいえ・
<input type="checkbox"/> 嘔吐		回/日 はい/いいえ・
<input type="checkbox"/> 下痢		回/日 はい/いいえ・
<input type="checkbox"/> その他		具体的に

診察の方は2枚目もご記入お願いいたします（予防接種・健診の方は1枚）

ふりがな 名前	男・女	平成・令和	年
住所 〒	—	月	日生
①電話番号 ()	—	誰の? 父・母	②その他 () —
◎健診で、発育・発達のフォローや指摘を受けたことはありますか?	無・有 いつ頃? 内容		
◎心臓・腎臓・肝臓・先天性異常・血液の病気・そのほか重い病気の診断を受けたことはありますか?	無・有 いつ頃? 病名 現在の治療内容 無・有()		
◎右記の病名を診断や、指摘されたことはありますか?	アトピー性皮膚炎 (無・有) 小児喘息 (無・有) アレルギー性鼻炎 (無・有)		
◎食物や薬のアレルギーはありますか?	無・有 (何に?)		
◎ご家族の中で、現在または以前に病気をお持ちの方はいらっしゃいますか?	▶ アトピー性皮膚炎 無・有(誰が)) ▶ 小児喘息 無・有(誰が)) ▶ アレルギー性鼻炎 無・有(誰が))		

6才未満の方への「小児かかりつけ診療料」に関する説明の確認及び後日説明を受ける同意

以下の内容の「小児かかりつけ診療料」について、本院4回以上受診した時に職員より文章と口頭で説明を受け、納得できたら提供の内容が記載された用紙を受ける事を希望します。提供を希望された場合、提供開始後は主治医を二星こどもクリニック医師二星あゆみとすることに同意します。(この署名されても「小児かかりつけ診療」詳細の内容の説明時に、辞退されても全く問題ありません。また、それ以降も同意の取消はいつでも可能です)

- 急な病気の際の診察や、慢性疾患の指導管理を行います
- 発達段階に応じた助言指導を行い、健康相談に応じます
- 予防接種の接種状況を確認し、接種の時期について指導を行います。
また、予防接種の有効性・安全性に関する情報提供を行います。
- 同意された方の急変時、平日夜間は直通電話にて個別対応が受けられます。
(電話番号は4回目以降の説明後にお渡しする用紙に記載されています。)

記入日 令和 年 月 日 保護者署名

