

月 日 患者連絡票 (トリアージ票)

小児用

母子手帳持参 有 無 お薬手帳持参 有 無 初診 ・ 当月受診 有 ・ 無

1ヶ月以内の本人・同居家族の渡航歴 無・有 国名 ()

テント内記入
BT = °C

ふりがな 患者名:	年齢: 歳 ヶ月	男 ・ 女
生年月日: H・R . .	体重	kg

自宅住所: TEL:

保育園・幼稚園 園名 () 通園なし

園・校内で周囲で流行している病気: なし あり ()

学校名 () 小学校・中学校 年生

通園・通学時の交通手段 (徒歩 ・ バス ・ 自転車 ・ 電車 ・ 車)

今回の受診目的: ※本日の来院方法: 車 (TEL:) 車以外

- 定期受診 (病名・症状:)
- 前回の続き (/ 受診 当院・他院)
- その他 (病名・症状:)

他の医療機関への受診: 無 有 / 検査結果持参: 無 有

	検査希望	ワクチン接種	
インフルエンザ	有 ・ 無	未 ・ (1 ・ 2 回済)	※周囲に感染者: いる () いない
コロナ		未 ・ (回済)	※周囲に感染者: いる () いない

※ご希望での検査は行っておりません。

罹患した病気
 コロナ (年 月 日罹患) 突発性発疹 熱性けいれん 気管支喘息
 花粉症 アトピー性皮膚炎 麻疹 風疹 おたふく 水ぼうそう
 アレルギー () その他 ()

呼吸器症状 なし あり	咳 / ~	鼻水 / ~	咽頭痛 / ~	呼吸苦 / ~	腹痛 年 / ~
消化器症状 なし あり	嘔気 / ~	嘔吐 / ~	下痢 / ~	食欲低下 / ~	頭痛
その他 なし あり	発熱 / ~	倦怠感 / ~	関節痛 / ~	発疹 / ~	年 / ~

・今飲んでいる (使っている) 薬について
 ①なし ②当院処方の内服薬 ③他院処方薬を服用の場合内容と処方日数をお知らせください。
 ()

・飲み薬の希望 : シロップ 散剤 (粉薬) 錠剤 (粒) 特になし 裏面へ 

