

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	
<input type="checkbox"/> 定期受診 (病名・症状:)		
<input type="checkbox"/> 前回の続き (/ 受診 当院 ・ 他院)		
<input type="checkbox"/> 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
		※周囲に感染者: いる () いない
インフルエンザ	有 ・ 無	未 ・ (1 ・ 2 回済) 接種済みの場合 注 射 ・ 鼻 (フルミスト)
※ご希望での検査は行っておりません。 ↑↑↑10月～3月のみご記入ください		
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。

お薬手帳持参可

(/ ~ 日分 _____ にて処方)

・飲み薬の希望 : シロップ 散剤 (粉薬) 錠剤 (粒) 特になし

裏面へ 

