

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ヶ月以内の本人の渡航歴 新型コロナ陽性者または
有 国名 () 無 疑いのある人との接触 有 無

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				
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)						
住所: 〒		TEL:				
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:)						
□インフルエンザが心配 (ワクチン接種 未接種 1回済 2回済)						
□新型コロナウイルスが心配 周囲に感染者: いる () いない						
保健所への連絡 無 有	サポートセンターへの連絡 無 有					
他の医療機関への受診: 無 有 検査結果持参: 無 有						
診断: 検査: 採血 点滴 レントゲン PCR インフルエンザ						
罹患した 病気	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	味覚障害	嗅覚障害
	/ ~	/ ~	/ ~	/ ~	/ ~	/ ~
消化器症状 なし あり	嘔気	嘔吐	下痢	食欲低下	腹痛	
	/ ~	/ ~	/ ~	/ ~	/ ~	
その他 なし あり	発熱	倦怠感	関節痛	頭痛	発疹	
	/ ~	/ ~	/ ~	/ ~	/ ~	

・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 

