

利用票②受診代行依頼連絡

ふりがな

1.こどもの氏名 _____ (男 ・ 女)

2.こどもの生年月日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳 _____ ヶ月)

3.他院での診察 (未 ・ 済)

★他院で診察済の方のみ以下の①～③を記入してください。

①病院名

②病名(医師の診断結果)

③診察時の医師の指示

4.兵庫医科大学病院小児科での診察 (初診 ・ 1年以内に受診歴あり ・ 1年以上前に受診歴あり)
 ※初診もしくは初診から5年以上経過している場合は問診票の記入をお願い致します。

5.こどもの様子・症状

	前日の午前	前日の午後	当日の朝
体温	度	度	度
咳	なし・あり(多い・少ない)	なし・あり(多い・少ない)	なし・あり(多い・少ない)
呼吸	普通・違う	普通・違う	普通・違う
鼻水	なし・あり(黄色・透明)	なし・あり(黄色・透明)	なし・あり(黄色・透明)

嘔吐	なし・あり (_____ から _____ 回)		
発疹	なし・あり (箇所: _____)		
排泄	便	なし・普通・軟・水様便	
	尿	多い・普通・少ない・なし	
飲水量	多い・普通・少ない・なし		
食欲	あり・普通・少ない・なし	朝食	未・済 (_____ 時頃)
睡眠状態	良い・悪い (睡眠時間: _____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分)		
機嫌	良い・普通・悪い		
その他	現在服用している薬 など		