

日付：

(ふりがな) 氏名	男 ・ 女 第 子	カルテ No.
生年月日	R ・ H ・ S 年 月 日	
住所	〒	
電話番号	携 帯	
保護者氏名		
当院を受診したことのある家族の氏名：		
通園施設・学校名	( ) ・ 通園していない	
<p><b>【既往歴】</b> 当てはまる項目に○をつけて下さい。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 早産児 ( 週 )</li> <li>・ 低出生体重児 ( 出生体重 g )</li> <li>・ 心臓の病気 ( 年 月 病名 治療 )</li> <li>・ 腎臓の病気 ( 年 月 病名 治療 )</li> <li>・ 川崎病 ( 年 月 治療 )</li> <li>・ 先天性の病気 ( 年 月 病名 治療 )</li> <li>・ 喘息 ( 初回 年 月 、 最終発作 年 月 )</li> <li>・ 熱性けいれん ( 初回 年 月 、 最終 年 月 、 合計 回 )</li> <li>・ アレルギー           <ul style="list-style-type: none"> <li>食物：卵・乳製品・小麦・その他( )</li> <li>薬 (薬品名 )</li> <li>( 年 月 症状 症状までの時間 )</li> </ul> </li> <li>・ アトピー性皮膚炎 ( 年 月 治療 )</li> <li>・ 発達や精神的な障害 (病名 )</li> <li>・ その他 (病名 )</li> </ul>		
常時使用している薬はありますか？ 有 ( ) ・ なし		
ご家族で既往歴に当てはまる場合はご記入下さい。(続 柄 病 名 )		
<p>上記の情報は診療目的以外で使用することはありません。ただし、連携病院や公的機関等への紹介の際、これらの情報が、診療上必要と判断した場合、提供することがあります。同意のサインをお願い致します。</p> <p>患者様が未成年の場合には保護者の方がお書きください。 氏 名 続 柄( )</p>		
<p>当院は「小児かかりつけ医制度」の基準を満たす医療機関です。お子さんの病気や発達を継続的に診察していきます。</p> <p>次ページの詳細をお読みいただき、同意を頂ける場合はサインをお願い致します。</p> <p>※同時に 2 つの医療機関をかかりつけにすることはできません。転居などで新たに当院をかかりつけにされたい場合はご相談ください。</p> <p>氏 名 続 柄( )</p>		
クリニック使用欄		

日付：

## 「小児かかりつけ医制度」登録について

「小児かかりつけ医制度」は2次、3次病院との分業の推進や、医療機関の重複受診を防ぐ目的で作られた制度です。当院は「小児かかりつけ医制度」の基準を満たした医療機関です。

\*あくまでも任意の登録制であり、当院受診に登録が必須ではありません。

また登録後に他院（小児科含む）を受診することも可能です。（かかりつけ医登録は原則1か所です。）

当院では、継続して受診される、登録された患者様に小児のかかりつけ医として次のような診療を提供しています。

- ① 救急車を呼ぶような緊急の場合や、明らかに専門外（外傷など）の場合を除いて、体調が悪いときは当院がかかりつけ医として診療を行います。
- ② 専門的な医療が必要な場合は症状に応じて専門医療機関を紹介いたします。
- ③ 急な病気の際の診療やホームケアの仕方、慢性疾患・アレルギー疾患などの検査や指導管理、栄養指導を行います。
- ④ 健診や育児外来の結果に基づき、発達段階に応じたアドバイス、指導を行い、健康相談に応じます。
- ⑤ 予防接種の接種状況を確認し、接種時期について計画的に指導を行います。
- ⑥ 発達障害の疑いがある患者様に対する診療や保護者の相談に応じます。
- ⑦ 保護者の育児不安に対する相談もお受けします。

またかかりつけ医登録をしている患者様に対して電話相談にお答えします。

（平日・土曜日の診療終了後から23時まで 同意を頂いた方にのみ電話番号をお渡ししています。）

※院長直通のため、会議や他院での診療のため対応できない場合があります。予めご了承ください。

また深夜および休日、院長不通時は下記にご連絡ください。

「かながわ小児救急ダイヤル」 #8000 又は 045-722-8000 （18時～翌8時）

「横浜市救急電話相談」 #7119 又は 045-232-7119 （24時間対応）

連携先病院：済生会横浜市南部病院 045-832-1111