１．対象者（児童等）

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 住所 | さいたま市　　　　区 |
| 年齢 | 才　　　ヵ月 | 性別 | □男　　□女 |
| 既往歴等 | □無　□有（病名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

２．ご相談内容

|  |  |
| --- | --- |
| いつから |  |
| どこが |  |
| どんな状態 |  |
| 体温 | ．　　　℃　（　　　月　　　日　　　時　　　分現在） |
| 受診の有無 | □無　□有（診断名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 相談内容 |  |
|  |
|  |

３．ご相談者（保護者等）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 御関係(続柄) | □父　□母　□きょうだい　□祖父母　□その他（　　　　　　　　） |
| 連絡先 | □ご自宅　□携帯電話　　　　　　　（　　　　　　）　　　　　　 |
| 回答先FAX番号 | 　　　　　　　（　　　　　　）　　　　　　 |

４．回答欄（相談員が記入します）

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  | 回答者 |

―　次のページもお読みください　－

５．留意事項

(1) 当サービスは、さいたま市がダイヤル・サービス株式会社に委託し提供しています。ご提供いただきました個人情報は、子ども急患電話相談業務以外に使用しませんが、対象者及び相談者の生命、身体または財産等の保護のために必要があると判断できる場合につきましては、警察、救急等の関係者に情報提供する場合がございます。

(2) 回答先FAX番号の記入漏れが大変多くなっております。FAX番号を忘れずにご記入くださいますようご協力をお願いします。