

いざという時の

こどもの医療



秩父市

「かかりつけ医」を
もちましょう！



↓ かかりつけの医療機関 ↓

医療機関名	
電話番号	
診療時間	

このリーフレットの内容は、市ホームページや子育て支援アプリ「ちちぶっこ」からも見ることができます。「ちちぶっこ」は、App Store または Google Play ストアから「母子モ」で検索、または下記 QR コードからダウンロードできます。

◎市 HP



◎子育て支援アプリ
ちちぶっこ



※掲載している内容は、令和6年10月1日時点のものです。

作成：秩父市 保健医療部 地域医療対策課 ☎22-2279

* 上手なお医者さんのかかりかた *

かかりつけ医・かかりつけ歯科医をもちましょう！

「かかりつけ医」とは、身近にいて、気軽に健康相談をしたり、病気の初期治療をしてくれるお医者さんのことです。「かかりつけ歯科医」とは、歯の治療以外にも定期的にお口のケアや相談、指導が受けられる、歯のお医者さんのことです。

定期的に相談していると、お医者さんもアレルギーや既往歴などを正確に把握でき、少しの異常に気づきやすくなったり、素早い判断がしやすくなります。また、病気だけではなく、予防接種などの予防医療に関する相談もしやすくなりますので、「かかりつけ医」「かかりつけ歯科医」をもちましょう。

「かかりつけ医」「かかりつけ歯科医」が無く、どの医療機関に相談するか迷ったら、秩父郡市医師会や秩父郡市歯科医師会のホームページから秩父市内にある医療機関を検索することができます。

◎秩父郡市医師会医療機関一覧



◎秩父郡市歯科医師会医療機関一覧



* いざという時の情報 *

夜間や休日の医療機関について

平日夜間の小児一次(初期)救急診療、休日診療所、休日の在宅当番医、休日の在宅歯科当番医など、急に具合が悪くなった時のために、夜間や休日の当番医を確認しておきましょう。

当番医などの情報は、「市報ちちぶ」をご確認ください。



◎市報ちちぶ
掲載ページ

誤飲や誤食の時には、中毒110番・電話サービス

誤飲や誤食の急性中毒について、対処方法がわからないときは、公益財団法人日本中毒情報センター(中毒110番)にご相談ください。

たばこを誤食した場合は、たばこ専用電話にご相談ください。

◎つくば中毒110番
029-852-9999

◎たばこ専用電話
072-726-9922



* 夜間、休日に具合が悪くなった時 *

できるだけ診療時間内の受診にご協力下さい

通常の診療時間は医師のほかに看護師、検査技師、薬剤師など多くのスタッフがそろっていますが、夜間や休日の救急医療はあくまでも緊急事態に備えるためのもので、スタッフの人数も少なく、検査や処置等に限界があり、重症の方を優先して診察しています。できるだけ、体制が整っている通常の診療時間内に受診をお願いします。



<ここがポイント！>

診療時間や電話番号を
事前に確認しておきましょう！

○通常の診療時間は、医療機関ごとに異なります。
平日は18時までのところも多いので、仕事終わりでも間に合うかもしれません。医療機関のホームページなどで事前に確認しておきましょう。

① お子さんの症状をよく観察

○こどもの症状は、時間とともに大きく変化することがあります。
お子さんの症状をよく観察しておきましょう。

② 症状を受診メモに書く

○小さなお子さんは自分で症状を伝えることが難しいです。診察時に保護者の方から説明できるよう症状をメモしておきましょう。
症状が出た時の写真や動画も有効です。

③ 子どもの救急
ミニガイドブックを確認

○ミニガイドブックを確認して、症状をしっかりと把握し、あわてずに落ち着いて対応しましょう。

(子どもの救急ミニガイドブック)



④ 病院に行くか迷ったら
#7119に電話で相談

○病院へ行くべきか判断に迷ったら、埼玉県救急電話相談「#7119」に電話し、看護師等に相談しましょう。ダイヤル回線などは、048-824-4199

⑤ 受診時持っていくものを用意

○「母子健康手帳」と「お薬手帳」は重要です。
受診時には、忘れずに持っていきましょう。

□母子健康手帳 □お薬手帳 □診察券 □マイナンバーカード □保険証 □こども医療費受給資格証
□着替え □タオル □マスク □紙おむつ □おしりふき □ティッシュ □ビニール袋 □ベビーカーなど

* 受診メモ *

医療機関では、一番診てもらいたい症状、症状がいつから出たか、症状は変化しているか、普段の様子と違うことなどを聞かれます。お子さんの様子をよく観察し、お医者さんに聞きたいこともメモしておきましょう。

●同じ症状での受診 初めて ・ 再診 （医療機関名：_____）

●こどもの情報●

名前_____ 年齢_____才 生年月日_____年 _____月 _____日

性別 男 ・ 女 体重_____kg アレルギー_____

服用中の薬 あり ・ なし 希望する薬の形 錠剤 ・ 粉薬 ・ シロップ ・ 座薬 ・ _____

既往歴_____ 身近で流行っている病気_____

●気になる症状 発熱 ・ けいれん ・ 咳 ・ 鼻水 ・ 嘔吐 ・ 下痢 ・ 便秘 ・ 誤飲 ・ 出血 ・
発疹 ・ 腫れ ・ 痛み ・ _____

●前日までの様子_____

月日	時間	体温	食事・水分・睡眠・尿などの様子
/	:	. °C	
/	:	. °C	
/	:	. °C	
/	:	. °C	
/	:	. °C	
/	:	. °C	
/	:	. °C	
/	:	. °C	
/	:	. °C	

●聞きたいことなど_____