

診 療 受 付 カ ー ド

受 診 者	フリガナ		性別	体 温
	氏 名		男 女	. °C (測った時間 時 分)
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生 (満 才 ヶ月)		
		※12才以下の方は(体重 kg)		
	住 所	〒 電 話 ()		
今晚の連絡先 (住所以外の方)	電 話 ()			
来 所 方 法	1.自家用車 2.救急車 3.タクシー 4.その他			
症 状 を ○ で 囲 ん で 下 さ い 《 特 に 困 っ て い る こ と に ◎ を つ け て 下 さ い 》				
発熱 頭痛 せき 鼻水 のどの痛み さむけ 腹痛 腰痛 下痢 嘔吐・はきけ めまい 動悸・息切れ ゼイゼイする 発疹 胸痛 排尿痛 外傷				
耳鼻科診療希望の方 耳が痛い(右・左) 耳だれ(右・左) 聞こえが悪い(右・左) 異物(耳・はな・のど) その他 ()				
その他の症状の方はこちらにお書き下さい				
その症状はいつ頃からですか				
海外渡航歴・渡航者との接触歴(2ヶ月以内) あり() ・ なし		・学校や職場などで高熱の人が いる() ・ いない		
普段通っている医療機関はどこですか		() クリニック・医院・病院		
今までに、どんな病気にかかったことがありますか				
現在治療中の病気がありますか				
現在医師から処方を受けている薬はありますか	いいえ・はい	薬の名前 () ・ わからない		
薬や注射、食べ物などのアレルギーはありますか	いいえ・はい	薬・食べ物の名前 () ・ わからない		
女性の方、現在妊娠していますか	いいえ ・ はい ・ わからない			
当診療所を利用したことがありますか	いいえ・はい	今月 ・ それ以前(月)		