

診 療 受 付 カ ー ド

R2.7

受 診 者	フリガナ		性別	体 温
	氏 名		男 女	. °C (測った時間 本日 時 分)
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生 (満 才 ヲ月)		
		※12才以下の方は(体重 kg)		
	住 所	〒 電 話 ()		
今晚の連絡先 (上記以外の方)	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 呼吸困難 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 味覚障害 新型コロナウイルス確定患者との接触歴がある() めまい 動悸・息切れ ゼイゼイする 発疹 胸痛 排尿痛 外傷 その他()				
耳鼻科診療希望の方 ※聴力やめまいの詳細な検査はここではできません。 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(カ月) ・ 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)		

青葉区休日急患診療所

※休日急患診療所での薬の処方休・年末年始を除き、原則一日分となっております。ご了承下さい。