

# 青葉区休日急患診療所 受付表

当診療所を利用したことがありますか？ はい / いいえ

受診者	フリガナ			受付番号貼付欄
	氏名	性別(男・女)		
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生(満才ヶ月)		
		(来院時体温 ℃)	(体重 kg)	
	住所	郵便番号( ) 本日連絡の取れる携帯電話 ( - - ) 注) 携帯がない場合は自宅		
来所方法	1.自家用車 2.救急車 3.タクシー 4.その他			
主な症状はいつ頃からですか？ 今日・昨日 午前・午後 _____ 時頃から・ _____ 月 _____ 日頃から				
症状を○で囲み、□に当てはまる場合はチェックしてください <特に困っていることに◎をつけてください>				
発熱( ℃) せき 鼻水 のどの痛み 頭痛 だるさ 息切れ ぜんそく 発疹(ほっしん) 胸痛 動悸 めまい 腹痛 げり 便秘 はきけ				
<input type="checkbox"/> 自宅で検査してコロナ陽性になった <input type="checkbox"/> 自宅に(コロナ・インフル)陽性者がいる				
<input type="checkbox"/> 耳鼻科診療希望の方(※耳鼻科診療日のみ :聴力やめまいの詳しい検査は当院ではできません。)				
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( )				
今までに、大きな病気にかかったことはありますか？	いいえ・はい(病名: )			
治療中の病気はありますか？	いいえ・はい(病名: )			
薬、注射、食物などで何か異常があったことはありますか？	いいえ・はい(異常の内容: )			
使用しているお薬はありますか？ ※お薬手帳があれば医師にご提示ください	いいえ	はい→薬の名前 ( )・わからない		
かかりつけの医療機関はありますか？	いいえ	はい→医療機関名 (青葉区内・区外)		
女性の方、現在妊娠していますか？	いいえ ・ はい( 週) ・ わからない			
女性の方、現在授乳中ですか？	いいえ ・ はい			
※マイナ保険証をお持ちの方 マイナ保険証による診療情報取得にご同意いただけますか？	はい ・ いいえ			

※休日急患診療所での処方箋は連休・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。

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。  
令和8年4月版

薬剤師記入欄