

申込年月日

年 月 日

【三田市休日応急診療センター】

受診申込書兼問診票



★ご記入後、保険証とあわせて受付にお出してください。

フリガナ	性別	明治・大正・昭和・平成・令和
お名前	男・女	生年月日 年 月 日 (歳 ヶ月)
フリガナ	ご住所 〒 -	自宅電話 () 携帯電話 () (※本日連絡のつく番号)
フリガナ	上記以外 の連絡先	電話番号 ()

1. 現在の熱 °C 最近の体重 kg

2. 過去1ヶ月以内に渡航歴はありますか？

はい (国名 , 月 日 ~ 月 日) いいえ

3. どのような症状でお越しになりましたか？

熱がある お腹が痛い 咳がでる のどが痛い 胃が痛い 下痢・便秘
 鼻水が出る 嘔吐 その他 ()

※熱がある方はお答えください。インフルエンザと診断された方が近くにおられますか？

はい (家庭 職場 学校 幼稚園 保育園 その他) いいえ

4. 症状はいつ頃からですか？ (頃 から)

5. どこか他の医療機関に受診、または入院しておられますか？

はい (医療機関名) いいえ

6. 今までにかかったことのある病気があればチェックを入れてください。

(病名が分かればお書きください)

心疾患 () 肝疾患 () 腎疾患 ()
 糖尿病 高血圧 緑内障 呼吸器疾患 ()
 前立腺肥大 手術 () その他 ()

7. 最近、予防接種は受けられましたか？ インフルエンザ その他 ()

8. 現在服用されている薬はありますか？ (薬名が分かればお書き下さい)

はい (薬名) いいえ

9. 薬や食べ物で副作用やアレルギーが出た事がありますか？

はい (薬名・食品名) いいえ

※女性の方のみお答えください。

10. 妊娠の可能性または現在妊娠中ですか？ はい いいえ

11. 現在、授乳中ですか？ はい いいえ

※ご記入されました個人情報については、当該診療センターにおける業務以外には使用いたしません。