会計呼び出し：ネコの目・電話　　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、健康保険証と各種医療受給者証（ある方のみ）を一緒に受付へご提出ください。

マイナンバーカードの健康保険証の利用時、診療情報を取得し、活用することがあります。
□ 同意する　□ 同意しない

薬や食べ物で副作用やアレルギーが出たことがありますか？ □ はい（ 薬名・食品名　　）　いいえ

－ 小児　・　内科　－ 1　・　2 〈待機場所〉 □ 車　□ 待合

お名前	フリガナ	性別	生年月日
			S・H・R　年　月　日
	（保護者名　　続柄：　）		（　歳　ヶ月）
職業　　学年等　　年生・回生			
ご住所	フリガナ 〒　－	電話番号（※本日連絡のつく番号）	
	マンション名　　部屋番号		
※上記と滞在先等が異なる場合記載	ご住所　〒　－　：		
上記以外の連絡先	お名前　フリガナ 続柄（　）	電話番号	
来院方法	車　車色　車種　ナンバー　－	徒歩・自転車・バイク・タクシー・その他（　）	

1. 現在の熱　　℃　　最近の体重　　kg

2. 過去1か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　咳がでる　□ 痰がでる　□ のどが痛い　鼻水がでる　発疹
□ お腹が痛い　□ 吐き気　□ 嘔吐　下痢　□ 便秘　□ その他（　　）

4. 症状はいつからですか？（　　頃から）

5. 熱や風邪症状がある方
新型コロナ陽性である。□ はい　□ いいえ
新型コロナ、インフルエンザと診断された方と最近接触がありましたか？
□ はい（□ 新型コロナ　□ インフルエンザ ／　家庭　□ 職場　学校・幼稚園・保育園　その他（　））　□ いいえ

6. 今までにかかったことのある病気、喫煙歴はありますか？
□ 悪性腫瘍（　　）　慢性呼吸器疾患（肺気腫など）□ 喫煙歴（　本／日 約　年間）
□ 心疾患（　　）　肺疾患（　　）　□ 腎疾患（　　）
□ 脳血管疾患　糖尿病　□ 高血圧　□ 脂質異常症　□ 緑内障
□ 前立腺肥大　□ 手術（　　）　□ その他（　　）

7. 新型コロナウイルスワクチンの予防接種は受けられましたか？
□ 受けた　⇒（　）回　最終接種日　年　月　日
※その他の最近の予防接種　（□ インフルエンザ　□ その他（　）⇒　月　日　接種

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ください）
□ はい（ 薬名　　）□ いいえ

※以下は、女性の方のみお答えください。
9. 妊娠中であったり、妊娠の可能性はありますか？　はい　□ いいえ

10. 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。　2023/9/19版