



【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)と一緒に受付へご提出ください。

医療者記入欄

0 - 1 - 2 - 3

小児 ・ 内科 — 1 ・ 2

(〈待機場所〉)

車 待合

個室( 1 ・ 2 ・ 3 )

その他( )

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

お名前	フリガナ	性別	生年月日		
	(保護者名 続柄 )		男・女	S・H・R	年 月 日
電話番号(※本日連絡のつく番号)		本人	家族(続柄 )		
ご住所	フリガナ	車で来院された方			
	〒				車の色
	マンション名				部屋番号

〈マイナ保険証による診療情報取得について〉	薬剤情報	<input type="checkbox"/> 同意する	<input type="checkbox"/> 同意しない
	特定健診情報	<input type="checkbox"/> 同意する	<input type="checkbox"/> 同意しない

- 現在の熱  ℃ 最近の体重  kg
- 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
- 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( )
- 症状はいつからですか？  
頃から)
- 熱や風邪症状がある方  
 新型コロナウイルス、インフルエンザウイルスと診断された方と最近接触がありましたか？  
はい[新型コロナウイルス インフルエンザウイルス その他( )]  
いいえ
- 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( )
- 最近、予防接種は受けられましたか？  
はい[新型コロナウイルス インフルエンザウイルス その他( )] 接種日⇒ 月日  
いいえ
- 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。

- 妊娠中または授乳中であつたり、妊娠の可能性はありますか？  
はい[妊娠中 授乳中 妊娠の可能性]  
いいえ