

【三田市休日応急診療センター】受診申込書



★ご記入後、マイナンバーカードと各種医療受給者証(ある方のみ)を受付へご提出ください。

申込年月日 令和 年 月 日

ID	マイナ
待機場所	
☐ 車 ☐ 待合（ 中 ・ 外 ・ 臨 ）	
☐ 個室（ 1 ・ 2 ・ 3 ）	
☐ その他()	

お名前	フリガナ		性別	生年月日	
			男・女	S・H・R 年 月 日	
	(保護者名 続柄)			(歳 ヶ月) 中学生 ・ 高校生	
携帯電話番号(※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	ナンバー	

1. 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

2. 現在の熱(°C) 最近の体重(kg)

3. どのような症状ですか？

☐熱がある ☐咳がでる ☐痰がでる ☐のどが痛い ☐鼻水がでる ☐頭痛 ☐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

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？

☐高血圧 ☐脂質異常症 ☐糖尿病 ☐緑内障 ☐前立腺肥大

☐心疾患() ☐肺疾患() ☐腎疾患() ☐脳血管疾患()

□悪性腫瘍() □手術() □喫煙歴(本/日、約 年間) □その他()

7. 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

8. 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

※小児科受診の方で、処方薬の剤形の希望があればご記入ください。

☐錠剤・カプセル ☐散剤・粉薬 ☐シロップ・液剤