

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		性別
	氏名		男・女
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生(満 才 ヶ月)	
		(体重 kg) ※小児科受診の方は必ず記入してください	
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		
新型コロナウイルスワクチン接種について		接種 未 済 (回)	直近のコロナ罹患年月 年 月
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 (°C) 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 ()			
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			
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		はい→薬の名前 いいえ ()・わからない	
かかりつけの医療機関はありますか？		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6年10月改定