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（　　℃）　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

□　自宅で検査してコロナ陽性になった　　□　自宅に（コロナ・インフル）陽性者がいる

□　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	いいえ	はい→薬の名前 （　　）・わからない
かかりつけの医療機関はありますか？	いいえ	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	

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11月版

診察医記入欄　※薬剤情報を提供する（　　）
薬剤師記入欄

※休日急患診療所でのお薬の処方は連休・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。