

# 受診申込書

受診年月日	令和 年 月 日				
フリガナ		性別	生 年 月 日	明・大・昭・平・令	
氏名		男・女		年 月 日 ( 歳 カ月)	
住所	〒 -			電話番号 - -	
連絡先	(住所が県外の方)			電話番号 - -	
本日の受診科に○を付けてください。不明な点は職員にお尋ねください。				該当するものに○を付けてください。	
内科	小児科	外科	皮膚科	眼科	耳鼻科
1 交通事故 A 自損事故です B 相手がいます				2 仕事中のけがです	
仕事中のけがの方はご記入ください 事業所名： 所在地：				電話番号： - -	

(切り線)

## 問診票

現在の体温          °C

①いつからどのような症状かご記入ください。(※詳しい症状や経過は医師にお話してください)

いつから：  
症状：

下記の症状があれば☑を入れて下さい

- 発熱 (いつから )
- 咳 (いつから )
- 嗅覚・味覚障害 (いつから )
- 咽頭痛 (いつから )
- 上記の症状なし

②現在のんでいるお薬はありますか？

- はい (※診察の際、医師にお話してください)  いいえ

③お薬手帳はお持ちですか？

- はい (※お手元にご用意ください)  いいえ

④薬のアレルギーはありますか？

- はい (薬品名： )  いいえ

⑥女性の方に伺います。

\* 現在、妊娠中ですか？

- はい ( 週)  いいえ

可能性あり

\* 授乳中ですか？

- はい ( 才 カ月)  いいえ

⑤小学生までの方は体重をご記入ください。

( kg)