

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	大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令			
氏 名		男 ・ 女		(年 月 日 歳 カ月)			
住 所	〒 -			電話番号(携帯) - -			
連 絡 先	(住所が県外の方または付き添いの方)			連絡先電話番号 - -			
本日の受診科に○を付けてください。ご不明な点は職員にお尋ねください。		内 科	小児科	外 科	眼 科	耳鼻科	皮膚科
1 交通事故	※仕事中のけがの方はご記入ください			電話番号			
2 仕事中のけが (労災)	事業所名： 所 在 地：			- -			

(内科・小児科・眼科・耳鼻咽喉科用) 問 診 票

患者氏名	男 女	年 齢	歳	現在の体温	℃
------	-----	-----	---	-------	---

1. 今日どのような症状で受診されましたか。✓チェックをつけて下さい

- | | | | |
|----------|-----------|-----------|------------|
| () 熱がある | () せき | () たん | () のどが痛い |
| () 頭が痛い | () 息が苦しい | () 胸が痛い | () ドキドキする |
| () めまい | () 耳が痛い | () 聞こえない | () 鼻がつまる |

上記以外の症状についてお書きください

2. 1の症状はいつ頃から始まりましたか。

R 年 月 日から

3. 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 |
|--------------------------|---------|

4. 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 |
|---------------------|---------|

5. 薬のアレルギーはありますか？

- | | |
|--------------|---------|
| () はい(薬品名) | () いいえ |
|--------------|---------|

※小学生までの方は体重をご記入ください

(kg)



妊娠中 (週) 可能性あり ()

授乳中 (才 カ月)