

# 休日応急診療所受診申込書

No.

次の事項に記入し、または○印をつけてください。

受付年月日 令和 年 月 日 午前・午後 時 分

ふりがな	
氏名	(男・女)
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日(才)
電話	自宅
	携帯
住所	〒 -
次いずれかの方(家族、職場等も含む)との接触をしたことがありますか。 ・新型コロナウイルス感染(疑い) はい いいえ ・インフルエンザ感染(疑い) はい いいえ ⇒ 接触等の状況 いつ どの程度	
新型コロナウイルスワクチン及びインフルエンザの検査を希望されますか。(同時検査となります) はい ・ いいえ	
1ヶ月以内に当診療所で受診されたことがありますか。 ある( 月 日頃 ) ・ ない	
マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか。 同意する ・ 同意しない	
この1年間で特定健診や高齢者健診を受けましたか。 はい ・ いいえ	
来院手段	救急車・タクシー・電車・バス・自家用車 自転車・徒歩

体温	度 分 午前・午後 時頃
発病の日時は	月 日 午前・午後 時頃から
現在の主な症状は 【該当の番号に○印を記入してください】 (1) 強いだるさ(倦怠感) (2) 息苦しさ(呼吸困難) (3) のどの痛み (4) 味覚・臭覚障害 (5) せき (6) 鼻汁・鼻閉 (7) 下痢・腹痛・嘔吐 (8) 発熱 (9) その他の症状	
薬・注射で副作用をおこしたことがありますか。 ある ⇒ どんな時 ない	
体重は	kg
現在、処方されているお薬はありますか。 ある( ) ・ ない	
これまでに大きな病気にかかったことはありますか。 (入院や手術を要する病気など) ある( ) ・ ない	
現在、妊娠中又は授乳中ですか。(女性のみ) はい(妊娠中(妊娠 週) ・ 授乳中) ・ いいえ	

・新型コロナ	⇒ 陰性 ・ 陽性
・インフルエンザ	⇒ 陰性 ・ 陽性 (A・B)
・溶連菌検査	⇒ 陰性 ・ 陽性

アレルギーの有無	
薬剤	有 ・ 無
食物	有 ・ 無
その他	有 ・ 無
確認医サイン	