

※スタッフ記入 カルテ No.	
マ ・ 公 ・ 自 ・ 900	隔
複数受診	
内科	人 ・ 小児科 人

受付番号

内 科

東はりま夜間休日応急診療センター 診療申込書兼問診票

受診者	氏 名	フリガナ	記入者名		
	生年月日	大 ・ 昭 ・ 平	年	月 日生 (歳) 男 ・ 女	
	住所 (〒	)			
	兵庫県 都 ・ 道 府 ・ 県				
	電話 (携帯	) (自宅			

診療の参考にしますので、必ずご記入ください。詳しい検査はできません。原則的にお薬は1日分となります。

どのような症状ですか？	
熱 (°C)	のどの痛み 頭痛 鼻水 痰 咳 呼吸困難 発疹
腹痛 吐き気 嘔吐 (回)	下痢 (回) 動悸 胸痛 血圧 めまい
その他 ()	
その症状があらわれたのは？ 月 日 午前 ・ 午後 時ごろから	
今回の病気で、すでに病・医院へかかっていますか？ いない ・ いる	
かかりつけの病・医院はありますか？	ない ・ ある (病院 ・ 医院)
現在使用している薬はありますか？	ない ・ ある () ※お薬手帳を持参の方は薬名の記入はいりません。
お薬手帳は持参されていますか？	いいえ ・ はい ・ アプリ ※診察室でお出しください。
アレルギーはありますか？	ない ・ ある ・ 食物 (卵 ・ 牛乳 ・ 小麦) ・ 薬 () ・ その他 ()
この1年間で健診 (特定健診及び高齢者健診に限る) を受診しましたか？	(はい ・ いいえ) 実施時期 () ・ 健診で指摘されたことなどをご記入ください。 ()
これまでにかかった病気は？	
循環器疾患 (高血圧 ・ 心筋梗塞 ・ 狭心症) 呼吸器疾患 (喘息 ・ 肺炎 ・ 結核)	
脳血管疾患 (脳梗塞 ・ 脳出血) 消化器疾患 (潰瘍 ・ 肝炎 ・ 虫垂炎)	
泌尿器疾患 (膀胱炎 ・ 結石 ・ 前立腺肥大症)	
その他 (糖尿病 ・ 緑内障) 手術歴 ()	
※ 女性の方のみ 妊娠していますか？ 妊娠の可能性ありますか？ いない ・ 可能性あり ・ している (週) ・ 授乳中	

★ その他、異常なことがある場合は、必ず医師に申し出てください。

★ 受付に問診票を出された順に番号札をお渡し致します。

スタッフ記入欄		☐ 緊急 ☐ 隔離室
KT °C	メモ	サイン
SPO ₂ %		
P 回/分		
自己検査 コロナ (+ ・ -) インフル (A ・ B ・ -)		
自己検査日 月 日		