

※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

中学生以下

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	平 ・ 令 年 月 日生 (歳 ヶ月)	男 ・ 女	
	年齢区分	☐ 小学6年生まで ・ ☐ 中学3年生まで (チェック記入をお願いします)		
	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 せき ゼーゼー ケンケン 鼻水
腹痛 (最終排便 月 日)	下痢 (回) 血便 吐き気 嘔吐 (回)
発疹 けいれん (本日 回)	耳の下が腫れる 耳痛 (右 ・ 左)
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？	・ 薬 () ない ・ ある ・ 食物 (卵 ・ 牛乳 ・ 小麦) ・ その他 ()
これまでにかかった病気は？ 突発性発疹 ・ ぜんそく ・ 熱性けいれん ・ その他 ()	
現在の体重は？	(k g) ※わからない方は待合室の体重計で測ってください。
使用できる薬のかたちは？	(坐薬 ・ 粉薬 ・ シロップ ・ 錠剤)

★ 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		