

## 診 療 受 付 カ ー ド

受 診 者	フリガナ		性別
	氏名		男・女
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生 (満才 ヶ月)	
		14歳以下の方は (体重 kg)	
住 所	郵便番号( - ) 区		
	本日連絡の取れる携帯電話 ( - - ) 注) 携帯がない場合は自宅		
来所方法	自家用車・タクシー・徒歩・救急車・電車・バス・その他( )		
主な症状を○で囲んで下さい			
発熱( °C : いつから 月 日から ) せき 鼻水 のどの痛み 頭痛 だるさ 節々の痛み 味覚障害 嗅覚障害 息切れ 食欲低下 ぜんそく 発疹(ほっしん) 胸痛 動悸 めまい 腹痛 げり 便秘 嘔吐 はきけ その他( )			
午前・午後 主な症状はいつ頃からですか 今日・昨日 時頃から ・ 月 日から			
今までに、おおきな病気にかかったことはありますか	いいえ・はい	「はい」と答えた方は診察の際 医師に伝えるか または以下に病名をご記入ください ( )	
薬、注射、食物などで何か異常があったことはありますか	いいえ・はい	「はい」と答えた方は診察の際 医師に伝えるか または以下に内容をご記入ください ( )	
使用しているお薬はありますか	いいえ・はい	薬の名前 ( ) ・ わからない	
かかりつけの医療機関はありますか	いいえ・はい	医療機関名 ( 区)	
治療中の病気はありますか	いいえ・はい (病名: )		
コロナ罹患患者との接触歴はありますか	いいえ・はい (時期: )		
女性の方、現在妊娠していますか	いいえ・はい( 週) ・ わからない		
女性の方、現在授乳中ですか	いいえ・はい		

都 筑 区 休 日 急 患 診 療 所

横 浜 市 北 部 夜 間 急 病 セ ン タ ー

※受付時間は記入しないで下さい

受付日時	午前・午後 時 分
------	-----------

※備え付けのボールペンでのご記入ください