

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)		
	住 所	14歳以下の方は (体重 kg) 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) セキ 鼻水 のどの痛み 頭痛 だるさ 節々の痛み 味覚障害 臭覚障害 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	(病名:)		
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	(異常の内容:)		
使用しているお薬はありますか ※お薬手帳があれば薬剤師にご提示下さい	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:)		
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			
他の医療機関からの紹介状が有りますか	いいえ・はい			
1年以内に特定健診・高齢者健診を受けましたか	いいえ・はい			
マイナ保険証による診療情報を取得に同意しますか(※マイナ保険証をお持ちの方)	はい・いいえ			

都筑区休日急患診療所

横浜市北部夜間急病センター

受付日時		午前・午後	時 分
------	--	-------	-----

※当院は、診療情報を取得・活用するためマイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。