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（ ー ） 区	
		本日連絡の取れる携帯電話 （ ー ー ） **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（ ℃ ） せき 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 **□自宅で検査してコロナ陽性となった**

□自宅に（ コロナ・インフル ）陽性者がいる

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	

※当院は、診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・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。

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

R5.9.20 改訂版