

【受付番号】

*センター記入欄

診療申込書

申込日を記入し、診療を希望する科を○で囲んでください。

小児科(中3まで)	内科	耳鼻咽喉科	申込日:令和 年 月 日		
フリガナ					性別
氏名					男・女
生年月日	令和・平成 昭和・大正	年	月	日[か月]	歳]
住所	(〒 -)				
連絡先	携帯	—			
	自宅	—			
保険証、各種受給者証等をコピーしてもよろしいですか？			はい	いいえ	

問診票

①	次の症状はありますか？(ある症状に○をしてください。)			
	症状はいつから(/ ~) ・発熱 (/ ~) 来院前体温 _____℃ ・せきが出る ・のどが痛い ・痰がでる ・いき苦しい ・体がだるい ・鼻みず ・結膜炎 ・頭痛 ・嘔気・嘔吐 ・下痢 ・腹痛 ・発疹 ・ぼうこう炎症状 ・ぜんそく ・じんましん ・めまい ・耳痛(右・左) ・耳鳴り(右・左) ・魚の骨(魚名) ・鼻血 ・鼻・耳異物(中に入っているもの) ・その他()			
②	治療中の病気はありますか？(○をしてください。)			
	・糖尿病 ・心臓 ・呼吸器 ・腎臓 ・免疫抑制治療 ・がん ・脳血管疾患 ・高血圧 ・その他 具体的に()			
③	体重	Kg		
④	薬アレルギーはありますか？	はい:薬品名()	いいえ	
	現在使用中の薬はありますか？	はい:薬品名()	いいえ	
⑤	最近2週間以内の渡航歴は？	はい:国名 ()	いいえ	
⑥	女性のみ○をしてください。	妊娠の可能性は？	はい	いいえ
		授乳中ですか？	はい	いいえ
⑦	まわりにインフル・コロナの方はいますか？ 病名() 誰が() いつ()			