【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〇で囲んでください。

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[　歳] ※1歳未満[　か月]	
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？(ある症状に〇をしてください。)			
	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？(〇をしてください。)			
	・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？(キシロカイン含む)	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	女性のみ〇をしてください。	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(　)			