

受付カード

下記の項目に記入してください。

年 月 日 時 分

(同意書)

この診療所は急病時の応急処置を目的としていますので、症状による専門の診療科に必ず受診できるとは限りません。そのため、翌日等、通常の診察を受けて修正できるよう、薬剤は原則として1日分の処方になります。

上記について同意のうえ受診いたします。(未成年の場合は保護者名もご記入ください)

フリガナ

患者氏名

性別(男・女) 保護者氏名

患者生年月日 大正 平成 昭和 令和 年 月 日 [歳 ヶ月]

患者住所 〒 - 電話 [-]
職業 []

1. 主な症状を書いてください。 [発症日: 年 月 日]

2. なにか原因として考えられるものがありますか。

3. 現在の体温 [] 度 4. 現在の体重 [] kg

5. くすりのアレルギーはありますか。

(ない ・ ある → 種 類 [])

6. 食品、その他のアレルギーはありますか。

(ない ・ ある → 種 類 [])

7. 今までにけいれんを起こしたことはありますか。

(ない ・ ある → 回 数 [回] → 最終はいつですか [年 月 日])

8. 今までに入院するような重い病気にかかったことはありますか。

(ない ・ ある → 病 名 [] → いつ頃: [])

9. かかりつけ医療機関はありますか。 (いいえ ・ はい → 医療機関名 [])

10. 現在通院していますか。 (いいえ ・ はい → 傷病名 [])

11. 現在服用しているくすりがありますか。 (ない ・ ある → 薬剤名 [])

12. 発症前1ヶ月以内に渡航歴がありますか。

(ない ・ ある → 国名: [] → いつ: [月 日 ~ 月 日])

13. 今までに当診療所で受診したことがありますか。

(ない ・ ある → いつ: [年 月 日 時ごろ])

14. 相模原救急医療情報センター(756-9000)に電話しましたか。 (はい ・ いいえ)

かながわ救急相談センター(#7119)に電話しましたか。 (はい ・ いいえ)

15. 女性の患者さんにお伺いします。

・妊娠中又は妊娠している可能性はありますか。 (ある ・ ない)

・授乳中ですか。 (はい ・ いいえ)

この情報は急病診療事業以外の目的では使用しません。