No.　　ID:

小山地区夜間休日急患診療所

診察申込書

申込日：　令和　年　月　日

体温：　℃	体重（15歳未満）：　kg

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	昭和・平成・令和 年　月　日（　歳） 0歳児：　ヶ月
住所	〒		
電話番号		携帯電話	

発熱の方：車のNo.

本日受診をされたのは、どんな理由ですか。
症状：
いつから：

インフルエンザ・コロナウイルス
同時抗原検査希望：　する・しない

今までに以下の病気にかかったことがありますか。
□ない　□虫垂炎　□肝臓病　□腎臓病　□心臓病　□高血圧　□糖尿病
□胃潰瘍　□喘息　□その他　（入院や手術が必要な病気：　）
いつ頃かかりましたか：

現在、他の医療機関に通院していますか。
□いいえ　□はい　医療機関名：
最後に受診した日：　頃
治療内容：

現在、処方されている薬はありますか。
□いいえ　□はい　薬剤名：
用量：　投薬期間：

お薬手帳・薬情：　あり・なし

これまでに薬や食品などでアレルギーを起こしたことがありますか。
□いいえ　□はい　原因となったもの：
症状：

この１年間に健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受けましたか。
□いいえ　□はい　受診時期：　指摘事項：

現在、妊娠中又は授乳中ですか（女性のみ）。
□いいえ　□はい

マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか。
□同意する　□同意しない

当診療所は診療情報を取得・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。
◆医療情報取得加算（初診時）：１点

※この診察申込書は、院外薬局（ピノキオ薬局・第一調剤薬局・ウィン調剤薬局）に情報提供いたしますので、あらかじめご了承ください。
※当診療所では交通事故および労災の取扱いができませんので、ご了承ください