

急病センター診療申込書

内科  
(16歳以上)

No. \_\_\_\_\_

受診者	ふりがな		男	※ 受付時間	年 月 日 時 分
	氏名		女	被保険者 〔保険に加入している人の氏名〕	下に緊急連絡先を記載してください
	生年月日	大・昭 平・令 年 月 日 ( 歳)		ふりがな	
	住所	〒 -	同伴者 又は 連絡先	住所	-
	電話番号	( ) (携帯 - - )		電話	( ) (携帯 - - )
来所方法 1. 自家用車(タクシーを含む) 2. 救急車 3. その他					

<予診表> 治療上大切な情報となりますので、当てはまる項目を○で囲み、必要な内容をお答え下さい。

● 今までに当センターの受診は? ・なし ・あり (先月 ・今月 ・その他 )

● かかりつけの医院・病院 ( ) 最終受診日 年 月 日

● 現在お持ちの病気と今までかかった病気を○で囲んで下さい。手術したものは下線を引いて下さい。

・心疾患(心筋梗塞 狭心症 心不全 不整脈) ・呼吸器(喘息 肺気腫 気胸 肺炎 結核)

・消化器(潰瘍 虫垂炎 憩室炎 胆石 膵炎) ・婦人科(子宮筋腫 内膜症 卵巣嚢腫)

・腎尿路(腎不全 透析 尿路結石 膀胱炎) ・整形(ヘルニア 脊柱管狭窄 頸椎症)

・脳疾患(脳梗塞 脳出血 てんかん) ・耳鼻科(耳鳴 難聴 副鼻腔炎 鼻茸)

・眼科(緑内障) ・肝炎 肝硬変 ・糖尿病 ・高血圧 ・脂質異常症

・その他( ) ●職業( )

● 飲酒((種類) を(量) /日) ●喫煙(・なし・あり・以前あり)(1日 本× 年)

● 現在飲んでいる薬 ・なし ・あり お薬手帳等でわかる薬については記入不要。

● お薬手帳の持参 ・なし ・あり 薬の名前( )

● 今回の症状を○で囲み、その内容を書いて下さい。他に症状があれば余白に書いて下さい。

発熱 (いつから、熱の経過は) :  
鼻水・鼻づまり (いつから) :  
咳・たん (いつから、たんの色) :  
息苦しさ (いつから、音が鳴るか) :  
はき気・嘔吐 (いつから、何回吐いた、色) :  
下痢 (いつから、今まで何回、軟便か水様か) :  
黒色便・血便 (いつから、今まで何回、色) :  
便秘 (いつから便が出てないか) :  
めまい (いつから、景色が回るか) :  
まひ・しびれ (いつから、部位) :  
発疹 (いつから、部位、かゆみは) :  
痛み<頭・のど・胸・腹・背中・腰・陰部・筋肉・関節・その他> (いつから、どんな痛み)

● 薬品・食物等のアレルギーは? ・なし ・あり(どんな症状か?)  
薬品 ( ) 食物 ( ) その他 ( )

● 妊娠していますか? ・してない ・可能性あり(最終月経: 月 日~) ・している(妊娠 カ月)

● 授乳していますか? ・してない ・している (・母乳とミルク併用 ・母乳のみ) (月齢 カ月)

● 本人または同居家族や職場・学校等でインフルエンザや新型コロナの人は? ・いない ・いる  
(状況は )

※医療従事者記入欄	体温( ) 血圧( ) 脈拍( ) SPO2( )
-----------	---------------------------