

様式第1号					急病センター診療申込書		耳鼻咽喉科	
No. _____								
受診者	ふりがな			男・女	※受付時間		年 月 日 時 分	
	氏名				被保険者 〔保険に加入している人の氏名〕		●必須 下に緊急連絡先を記載してください	
	生年月日	大・平 昭・令 年 月 日 (歳)		同伴者 又は 連絡先	ふりがな			
	住所	〒 —			氏名			
	電話番号	() (携帯 — —)			住所	—		
				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、該当する項目を○で囲み、必要事項を簡単にお答えください。								
※ 今までに当センターでの受診は? ・なし ・あり (・今月 ・先月 ・その他)								
※ かかりつけの医院・病院 () ※ 園・学校名 ()								
※ 今までにかかった病気 ()								
※ 現在治療中の病気 ・なし ・あり 治療中の病名 () 最終受診日 月 日								
※ 現在飲んでいる薬 お薬手帳などがある場合は薬名の記入はいりません。 ・なし ・あり (薬の名前)								
※ お薬手帳の持参 ・なし ・あり								
※ 体重 () kg 15才以下の場合に、ご記入ください。								
現在の症状を○でかこんでください。								
※ いつから 月 日 午前 ・ 午後 時頃から								
・耳の痛み (右 ・ 左) ・耳だれ (右 ・ 左) ・聞こえにくい (右 ・ 左)								
・耳なり (右 ・ 左) ・耳がつまった感じがする (右 ・ 左) ・耳に物をいれた (右 ・ 左)								
・めまい								
・鼻みず (右 ・ 左) ・鼻づまり (右 ・ 左) ・鼻血 (右 ・ 左)								
・鼻をうった ・鼻に物をいれた (右 ・ 左) ・頭痛								
・のどの痛み ・声がかすれる ・のどの異物 ()								
・発熱 ()度 ・その他 ()								
※ 薬・食べ物などのアレルギーはありますか? ・なし ・あり								
・薬 () ・その他 ()								
・食べ物 たまご ・牛乳 ・小麦 ・その他 ()								
※ 妊娠していますか? 妊娠の可能性はありますか? ・していない ・可能性あり ・している (カ月)								
※ 授乳していますか? ・していない ・している (母乳のみ ・ 母乳とミルクの併用) (月齢 カ月)								
※ インフルエンザの予防接種は ・していない ・した ※ 新型コロナの予防接種は ・していない ・した								
※ 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() 体重()								