

持参分

受診申込書（内科・外科 No. ）

受診日

年 月 日

時 分

フリガナ	セイ	メイ	男・女	生年月日	年齢
患者氏名	姓	名		大・昭・平	年 月 日
住所 〒 - () 府 道 都 高槻市・茨木市・摂津市・島本町・(市)					
携帯電話 - 電話番号					

* 本日はどのような症状で来られましたか。

発熱	腰痛	ろれつが回らない
せき	腹痛	マヒ・しびれ（部位： ）
のどの痛み	嘔吐	頭を打った
息苦しさ	下痢・血便	身体を打った（部位： ）
頭痛	発疹	けが（部位： ）
めまい	血尿	骨折やねんざの疑い（部位： ）
胸痛・胸苦しさ	尿が出ない	やけど（部位： ）
背部痛	排尿時の痛み・残尿感	虫さされ（部位： ）

その他の症状

職員記入欄	
T	RR
PR	BP /
SPO ₂	

* いつ頃からですか 約 () 時間前 または 約 () 日前* 今回の症状で診察は受けられましたか いいえ・はい (いつ)* 何かお薬を使いましたか いいえ・はい (いつ ・薬名)* 1ヶ月以内の海外渡航歴 あり・なし * 周囲で流行っている病気 ()①アレルギー（過敏症）はありますか ない・ある 薬剤 () 食品 ()
その他 ()②現在、治療中の病気はありますか いいえ・はい (高血圧・糖尿病・高脂血症・ぜんそく)
(その他)
病院・医院名 ()③現在、服用中の薬はありますか ない・ある (おくすり手帳持参： ない ・ある)④今までにかかった大きな病気・けがはありますか いいえ・はい
(病名) (いつ頃)

女性の方へ

* 妊娠中、または可能性がありますか ない・妊娠中 (週) ・可能性あり* 授乳中ですか いいえ・はい (児の年齢)