

2024年 月 日

中学生までの方

受診申込書(希望受診科目 小児科・外科)

当診療所では待ち時間短縮のため、診療録(カルテ)作成にあたっては、保険証データをコンピューターで読取り処理をおこないます。読取り処理を拒否される方は窓口にお申し出ください。

フリガナ	セイ	メイ	男・女	生年月日			年齢	歳	
患者氏名	姓	名		平成 年 月 日 (月)	令和				
住所 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> () 府 道 都 高槻市・茨木市・摂津市・島本町・() 市									
携帯電話 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (続柄)			電話番号 - -						
1ヶ月以内の海外渡航歴 あり・なし (国名)			周囲で流行っている病気 ()						
来院時刻	午前・午後 時 分		当診療所を受診したことは ない・ある (いつ)						
来院方法	自動車・徒歩(自転車)・救急車 () ・その他 ()								

*今日はどうされましたか。主な症状に○をつけ、簡単にお書き下さい。

発熱	けいれん	頭を打った
せき	発疹	身体を打った(部位:)
鼻水	頭痛	けが(部位:)
息苦しさ	耳痛	骨折やねんざの疑い(部位:)
腹痛	のどの痛み	片手を動かさなくなった
嘔吐	声のかれ	やけど(部位:)
下痢・血便	便秘	虫さされ(部位:)
その他の症状		
患者体温	度	
付添体温	度	
*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)		
*食事・水分はとれていますか いいえ・はい(食事) (水分)		

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かかりつけの病院・医院	ない・ある	()
③現在、治療中の病気はありますか	いいえ・はい	(ぜんそく・中耳炎・アトピー・てんかん) (その他)
④現在、服用中の薬はありますか	ない・ある	(薬名) (おくすり手帳などを持参)
⑤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())

*ご記入いただきました個人情報は、当診療所で定められた利用目的以外は使用いたしません。 OMK-051K