

※みずぼうそう、はしかの疑いがある場合は、すぐに受付にお申し出下さい。

# 受診票 (内科・耳鼻咽喉科・眼科)

※小児科を受診される方は、裏面にご記入下さい。

平成 年 月 日

フリガナ			性別
患者氏名			男・女
生年月日 (年齢)	大・昭・平	年 月 日 (才)	
住 所			
連絡先 (電話番号)			体重 kg
診療される科目 および 体温 (検温してください)	・内科 ( °C) ・耳鼻咽喉科 ( °C) ・眼科 (検温不要)	※耳鼻咽喉科・眼科は日曜・祝日のみの診療となります。 ※小児科を受診される方は、裏面にご記入下さい。	

※必ずご記入下さい。

\* 本日はどのような症状で来院されましたか。

\* 当センターは、

今月 { 1. はじめて  
2. 2回目 ( 月 日 時頃) } の受診です。

\* 薬についてアレルギーがありますか。

{ 1. いいえ。  
2. はい。(薬品名: )

\* 食べ物についてアレルギーがありますか。

{ 1. いいえ。  
2. はい。(食べ物名: )

\* 今迄に重い病気にかかったことがありますか。

{ 1. いいえ。  
2. はい。(病名: )

\* 現在、治療中の病気はありますか。

{ 1. いいえ。  
2. はい。(病名: )

\* 現在、内服している薬はありますか。

{ 1. いいえ。  
2. はい。(薬剤名: )

※女性の方のみご記入下さい。

\* 妊娠していますか。

{ 1. いいえ。  
2. はい。( ヶ月)

\* 授乳中ですか。

{ 1. いいえ。  
2. はい。(お子様の年齢: ヶ月/ 才)

※当院で定めた利用目的の範囲内で利用いたします。

有	保険証受取りました
無	サイン

名古屋市医師会 急病センター