

※If you suspect you have chicken pox or measles,

please notify the receptionist immediately.

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ください。

(Staff Use) Waiting Area

INTERNAL MEDICINE, SURGERY OPHTHALMOLOGY, OTOLARYNGOLOGY

受診票(内科、外科、眼科、耳鼻咽喉科)

令和 年 月 日

Which department do you want to visit? 受診を希望する診療科目		<input type="checkbox"/> Internal medicine 内科 <input type="checkbox"/> Surgery 外科 <input type="checkbox"/> Ophthalmology 眼科 <input type="checkbox"/> Otolaryngology 耳鼻咽喉科 ※Surgery, Ophthalmology, and Otolaryngology are available only on Sundays and public holidays. 外科・眼科・耳鼻咽喉科は、日曜・祝日のみ診療となります。	
フリガナ		<input type="checkbox"/> Male 男 <input type="checkbox"/> Female 女	
Name 氏名			
Date of Birth 生年月日	Year Month Day	Age 年齢	Years
Address 住所	〒 —		
TEL			
Weight 体重		kg	I have received my insurance card 保険証を受け取りました Sign _____
Temperature 体温		°C	

Please check if any of the following applies to you. 本日の受診について当てはまるものがあれば☑を付してください

- Injury due to a traffic accident 交通事故による受傷
- Injury due to a fight or altercation けんか等による受傷
- Use workers' compensation insurance 労災保険利用予定
- Didn't bring my health insurance card with me 健康保険被保険者証が手元に無い

※If you have checked any of the above, you are required to pay all medical costs for today.

いずれかに該当する場合、本日の診療費は全額自己負担となりますのでご承知おきください。

Did you read and understand the center's important notice?

名古屋市医師会急病センターにおける注意事項を読み、内容を理解しましたか

- Yes No

What are your symptoms? 本日はどのような症状で来院されましたか

.....

Is this the first time for you to visit here this month? 当センターの受診は今月はじめてですか

- Yes
 No (Date and time 日時: _____ Month _____ Day Time _____)

Do you have a medication allergy? 薬についてアレルギーがありますか

- No Yes (Medication 薬品名: _____)

Do you have a food allergy? 食べ物についてアレルギーがありますか

- No Yes (Food 食品名: _____)

Have you ever had any serious illness? 今までに重い病気にかかったことがありますか

- No Yes (Disease 病名: _____)

Continued on Reverse Side 裏面へ続く

Are you receiving medical treatment for disease? 現在、治療中の病気はありますか

No Yes (Disease 病名: _____)

Are you currently taking oral medication? 現在、内服している薬はありますか

No Yes (Medication 薬品名: _____)

※If you have a medication notebook, please show it during the consultation.

お薬手帳をお持ちの方は、診察時にお見せ下さい。

◆For female patients, please fill in the following. 女性の方のみご記入ください

Are you pregnant? 妊娠していますか

No Yes (_____ months 月齢)

Are you breastfeeding? 授乳中ですか

No Yes (Child's age 子供の年齢: _____ months ヶ月 / _____ years 歳)

※We will use this information within the purpose of use specified by the center.

当院で定めた利用の範囲内で利用いたします。

名古屋市医師会急病センター