

※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

FEVER

発熱者用受診票

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"/> Otolaryngology 耳鼻咽喉科	
		※Otolaryngology is available only on Sundays and public holidays. 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 名前					
Date of Birth 生年月日		Year Month Day		Age 年齢 Years	
Address 住所		〒 —			
TEL					
Weight 体重				kg	
Temperature 体温				°C	
<p>I have received my insurance card 保険証を受け取りました</p> <p>Sign _____</p>					

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

- 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

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 _____)

When did your fever start? いつから発熱していますか

Since いつから: _____ Month _____ Day

Highest body temperature 最高体温: _____ °C

Usual body temperature 平熱: _____ °C

Fever reducer 解熱剤: Not used 未使用

Used 使用 (Medication 薬品名: _____)

Do you have other symptoms? 他にどのような症状がありますか

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Not particularly 特になし | <input type="checkbox"/> Cough 咳 | <input type="checkbox"/> Runny nose 鼻水 |
| <input type="checkbox"/> Nasal congestion 鼻閉 | <input type="checkbox"/> Sore throat 咽痛 | <input type="checkbox"/> Taste disorder 味覚異常 |
| <input type="checkbox"/> Smell disorder 嗅覚異常 | <input type="checkbox"/> Difficulty breathing 呼吸困難 | <input type="checkbox"/> Fatigue 倦怠感 |
| <input type="checkbox"/> Loss of appetite 食欲不振 | <input type="checkbox"/> Diarrhea 下痢 | |
| <input type="checkbox"/> Other その他 (_____) | | |

Continued on Reverse Side 裏面へ続く

Did you take a COVID-19 test before coming here? 来院前に新型コロナウイルス感染症の検査を受けていますか

No (Not tested or negative 未検査または陰性)

Yes (How was the test administered? 検査方法

By staff at a medical institution 医療機関

By yourself at home 自己検査

What was the result? 検査結果

Positive 陽性

Negative 陰性)

Have you ever had COVID-19? 新型コロナウイルス感染症にかかったことがありますか

No

Yes (When? いつごろ:YearMonth)

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 before? 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:

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

No

Yes (Disease 病名:

Are you 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 your 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