※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。

| 待機場所（職員使用欄） |
|---|
| |

# 受 診 票（内科・外科・眼科・耳鼻咽喉科）

令和　　年　　月　　日

| | | | |
|---|---|---|---|
| 受診を希望される診療科目 | ・内科　・外科　・眼科　・耳鼻咽喉科<br>※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 | | 性　別 | |
| 患者氏名 | | 男　・　女 | |
| 生年月日（年齢） | 大・昭・平・令　　年　　月　　日（　　才） | | |
| 住　所 | 〒　　－ | | |
| 連絡先　自　宅 | －　　－ | 体重 | kg |
| 連絡先　携帯電話 | －　　－ | | |
| 体温（検温してください） | ℃ | 保険証を受け取りました。<br>サイン ＿＿＿＿＿＿＿＿ | |

**◆本日の受診について当てはまるものがあれば〇を付してください。**

・交通事故による受傷の診察希望　　・けんか等による受傷の診察希望（　　）

・労災保険利用予定　　・健康保険被保険者証が手元に無い

**※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。**

**◆必ずご記入ください。**

＊「名古屋市医師会急病センターにおける注意事項について」を読み、内容を理解しましたか。

1．はい　　2．いいえ

＊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．はじめての受診です。

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：　　）

＊今まで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

※お薬手帳をお持ちの方は、診察時にお見せ下さい。　2．はい（薬剤名：　　）

**◆女性の方のみご記入ください。**

＊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**