

※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（発熱者用）

令和 年 月 日

受診を希望される診療科目	・内科 ・耳鼻咽喉科	※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	-	体重	kg
体温 (検温してください)	°C	保険証を受け取りました。 サイン _____	

◆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。

- ・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

* 当センターの受診は今月はじめてですか。 1. はい 2. 2回目(月 日 時頃)

* いつから発熱していますか。

____月____日より（最高____度）・平熱____度

解熱剤使用： 無・有（薬品名： _____）

* 症状で当てはまるものに○をつけて下さい。

特になし・咳・痰・鼻汁・鼻閉・喉痛・味覚異常・嗅覚異常・呼吸困難・倦怠感

食欲不振・下痢・その他（ _____ ）

* 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。 1. いいえ 2. はい

「2. はい」と回答した方にお聞きします。当てはまるものに○をつけてください。

検査実施施設：（医療機関・自己検査） 結果：（陰性・陽性）

* 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。 1. いいえ 2. はい

「2. はい」と回答した方にお聞きします。最近の罹患：____年____月ごろ

* 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（食品名： _____）

* 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）