診 療 受 付 カ ー ド

受診者	フリガナ		性別
	氏　　名		男・女
	生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日生（満　　才　　ヶ月）	
		14歳以下の方は　（体重　　kg）	
	住　　所	郵便番号（　　―　　） 区	
		本日連絡の取れる携帯電話（　　―　　―　　） 注）携帯がない場合は自宅	
来所方法		自家用車・タクシー・徒歩・救急車・電車・バス・その他（　　）	

主な症状を○で囲んで下さい

発熱（　　℃）	せき	鼻水	のどの痛み
腹痛	げり	はく・はきけ	
胸痛	動悸・息切れ	めまい	
頭痛	ぜんそく	発疹（ほっしん）	

その他の症状はこちらにお書き下さい

主な症状はいつ頃からですか　午前・午後　今日・昨日 ＿＿＿＿時頃から　・　＿＿＿月　＿＿＿日から

今までに，おおきな病気にかかったことはありますか	いいえ・はい	「はい」と答えた方は診察の際 医師に伝えるか または以下に病名をご記入ください （　　）
薬、注射、食物などで 何か異常があったことはありますか	いいえ・はい	「はい」と答えた方は診察の際 医師に伝えるか または以下に内容をご記入ください （　　）
今日は薬を飲んでいますか	いいえ・はい	薬の名前 （　　）・わからない
かかりつけの医療機関はありますか	いいえ・はい	医療機関名 ＿＿＿＿＿＿＿＿（＿＿＿＿区）

女性の方へ

現在妊娠中ですか	いいえ　・　妊娠中又は分からない方は 診察の際 医師に伝えてください

都筑区休日急患診療所
横浜市北部夜間急病センター

※受付時間は記入しないで下さい

受付日時		午前・午後　　時　　分