

# 受診申込・問診票 (泉北)

※職員記入欄 検査(無・D)(携帯無し・旧事務所・車)

氏名	カタカナ	男・女	受付番号 ID
	漢字		
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生 ( 歳 ヶ月)		
住所	(〒 - )		
持参の 携帯電話番号	番号( - - )持ち主氏名( )続柄( )		

下記に該当する方はいますか。( はい・いいえ )「はい」の方は下記に○をして下さい  
 コロナ陽性者( 本人・家族 ) 濃厚接触者( 本人・付添者 )  
 陽性の方は本日の診療は、原則医師による電話診療とさせていただきます。  
 \* 携帯電話が鳴りましたら電話に出て下さい。

薬・食品のアレルギー なし・あり ( ) 妊娠 ( 有・無 ) 授乳( 有・無 )  
 体温 \_\_\_\_\_ °C 体重 \_\_\_\_\_ Kg 薬手帳 ( あり・なし )

★該当する症状に○をつけてください。一番心配な症状に◎をつけてください。

- ( ) 発熱 月 日 朝・昼・夜・ 時頃から
- ( ) 咳 月 日 朝・昼・夜・ 時頃から
- ( ) ぜーぜー・呼吸困難 月 日 朝・昼・夜・ 時頃から
- ( ) 嘔吐 本日 回・前日 回、 月 日 朝・昼・夜・ 時頃から
- ( ) 下痢 本日 回・前日 回、 月 日 朝・昼・夜・ 時頃から
- ( ) 腹痛 月 日 朝・昼・夜・ 時頃から
- ( ) その他( ) 月 日 朝・昼・夜・ 時頃から

★この症状で医師の診察を受けましたか? いいえ・はい( 月 日 当センター・他院 )

★現在、内服中のお薬はありますか? いいえ・はい( )

★今まで手術・入院・大きな病気をしたことはありますか? また、定期的に通院している病気はありますか?  
 なし・あり (悪性腫瘍・慢性呼吸器疾患・慢性腎臓病・心血管疾患・脳血管疾患・喫煙歴・高血圧・糖尿病  
 ・脂質異常症・肥満(BMI30以上)・臓器の移植、免疫抑制剤、抗がん剤等の使用その他の事由による  
 免疫機能の低下・妊娠)、その他( )

★コロナのワクチンは何回目まで接種しましたか? ( 0・1・2・3・4・5 )

最終のコロナワクチン接種はいつ、どの種類でしたか? ( )年 ( )月 ( )日 【ファイザー・モデルナ・不明】

※職員記入欄 酸素使用 ( : ~ : 0/分)  
処方なし CD 持ち帰り CD 後送持参 おむつ ( ) 枚

生保 担当 ( ) 自費 (還付・証明要) ( )  
保険証なし (忘れ・資格なし) 医療証なし (還付・資格なし・府外)

バーコードシール

保険登録: 保険確認:

泉北急病診療センター