

※職員記入欄

お薬手帳 ( ☐あり ・ ☐なし )

お薬情報コピー( ☐あり ・ ☐なし ・ ☐スマホ)

|                                                                                         |                                                                                                                                    |  |  |   |  |  |  |  |   |  |       |              |                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|---|--|--|--|--|---|--|-------|--------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 氏 名                                                                                     | かな                                                                                                                                 |  |  |   |  |  |  |  |   |  | 男 ・ 女 | 受付番号(※職員記入欄) |                                                                                |
|                                                                                         | 漢字                                                                                                                                 |  |  |   |  |  |  |  |   |  |       |              |                                                                                |
| 生年月日                                                                                    | 大正 ・ 昭和 ・ 平成                      年                      月                      日生                      (                      歳 ) |  |  |   |  |  |  |  |   |  |       |              |                                                                                |
| 住 所                                                                                     | (〒                      -                      )                                                                                   |  |  |   |  |  |  |  |   |  |       |              |                                                                                |
| 本日お持ちの<br>携帯電話番号                                                                        |                                                                                                                                    |  |  | - |  |  |  |  | - |  |       |              | 所有者( 本人 ・ その他 ※下記に記載 )<br>続柄(                      )氏名(                      ) |
| ※ マイナ保険証を利用する方は、診療情報取得に同意しますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |                                                                                                                                    |  |  |   |  |  |  |  |   |  |       |              |                                                                                |

コロナ陽性の方はいますか？    ☐はい( 本人 ・ 同居者 ・ 付添者 )    ☐いいえ

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

★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          |
| ( ) ゼーゼー・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(薬品名 )

★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)  
・その他( )

★この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受けましたか？ ☐いいえ ・ ☐はい( 月 日 )

**※職員記入欄**

☐処方なし      ☐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)

☐おむつ( )枚      ☐CD持ち帰り      ☐CD後送持参

|          |                  |              |
|----------|------------------|--------------|
| バーコードシール | 保険登録:<br>オン資格確認: | 堺市泉北急病診療センター |
|----------|------------------|--------------|