

## 受 診 申 込 書

檜原市休日夜間応急診療所

当院では、記載いただいた情報を診療目的以外には使用せず、他者に提供しません。  
 その他、個人情報保護法に基づき適正に処理いたしますので、安心してご記入ください。  
 ※診療契約申込者欄には親権者等の同行者についてご記入ください。

No.		受診月日 :			年	月	日								
フリガナ				男 女	大正 年 月 日 生 昭和 平成 令和 ( 歳 )										
受診者氏名															
受 診 者 住 所		〒 _____		※郵便番号も必ずご記入ください											
		都・道 府・県	区・市 郡	町 村											
※ こ 受 ち 診 ら 者 も が 記 十 八 歳 未 満 だ の さ い 合 は	フリガナ			受 診 者 との続柄 1. 父 2. 母 3. 祖父 4. 祖母 5. その他 ( )	大正 年 月 日 生 昭和 平成										
	診療契約 申込者 氏 名	※診療に付き添われる方の氏名をお願いします													
診療契約 申込者 住 所	<input type="checkbox"/> 受診者と同じ <input type="checkbox"/> (受診者と異なる場合は記入してください) 都・道 府・県      区・市 郡      町 村														
	電話番号	—		—			( 自宅 )								
携帯電話番号	—		—			( 所有者 )									
※お車等で待機頂く方は、順番が来ましたら上記の携帯電話の番号へお呼び出しの連絡をします。															
発病はいつ頃ですか? <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 25%;">1 時間以内</td> <td style="width: 25%;">3 時間以内</td> <td style="width: 25%;">5 時間以内</td> <td style="width: 25%;">7 時間以内</td> </tr> <tr> <td>7 時間以上</td> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 0 10px;">         時間以上          日以上         <div style="border: 1px solid black; padding: 0 10px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div> </td> <td>不明</td> </tr> </table>								1 時間以内	3 時間以内	5 時間以内	7 時間以内	7 時間以上	時間以上 日以上 <div style="border: 1px solid black; padding: 0 10px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div>		不明
1 時間以内	3 時間以内	5 時間以内	7 時間以内												
7 時間以上	時間以上 日以上 <div style="border: 1px solid black; padding: 0 10px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div>		不明												

檜原市が診療契約申込者（受診者が十八歳以上の場合は受診者をいう。）である私に対して診療に要した費用を請求したにも係わらず、私が支払をしない場合、檜原市が私の金融機関等における預貯金状況、生命保険会社における生命保険契約状況、市区町村における市民税等賦課徴収に関する情報、勤務先における雇用契約に関する情報を調査することに同意します。

( 同意する · 同意しない )

※ウラの問診票もご記入ください。

## 問 診 票

下の表のあてはまるところに記入するか、○でかこんでください。  
※この問診票は診療の参考にしますので正確に記入してください。

直近の体温をご記入ください		体温( . °C)	左記体温の測定時間	時 分			
どうなさいましたか？		1. 熱がある 4. 腹痛 7. むかつき、吐く 10. だるい 13. その他 ( )	2. 咳 5. 鼻水 8. 頭痛 11. じんましん 発しん 12. 便秘	3. のどが痛い 6. 下痢 9. 胸が苦しい 12. 便秘			
今までにかかった病気		1. ある 心臓病 貧 血	腎臓病 リウマチ	糖尿病 肝臓病	高血圧 胃腸病 (特に潰瘍)	低血圧	2. ない
アレルギー	薬	1. ある その薬は 解熱剤 ペニシリン 抗生物質 かぜ薬 その他 ( )					2. ない
	食物	1. ある その食物は 卵 小麦 牛乳 その他 ( )					2. ない
今、お医者さんにかかっていますか？		1. いる その病名 ( )					2. ない
何かお薬を飲んでいますか？		1. いる その薬 ( )					2. ない
けいれん（ひきつけ）を起こしたことがありますか？		1. ある いつ頃ですか ( )					2. ない
今、妊娠していますか？（女性のみ）		1. いる 何ヶ月ですか ( )					2. ない
今、授乳中ですか？（女性のみ）		1. はい					2. いいえ
その他、何かあればご記入ください。				体重 ( kg)			
						小児科受診の方は必ずご記入ください	

発熱や風邪症状のある方には、医師の判断により必要な検査（インフルエンザ抗原検査、新型コロナウィルス感染症(COVID-19)抗原定性検査など）を実施することがあり、各検査には費用がかかります。

**検査の実施に  同意します ·  同意しません**

(いずれかの□に✓を記入してください。同意がない場合は診療できないことがあります。)