初診受付・問診票　（救急用）

カルテ番号　　記入年月日　　年　月　日

フリガナ お名前	明治　大正　昭和　平成 男・女　生年月日　年　月　日　歳
〒　－ 現住所	自宅電話（　）　－ 携帯電話（　）　－
勤務先名称	電話番号（　）　－

■どちらの科を受診しますか？（○をつけてください）

外科系　　内科系（小児科は内科医の対応です）

■どのような症状ですか？

熱　咳　痰　のどの痛み　鼻水　頭痛　めまい　しびれ

腹痛　嘔吐（　回）　下痢（　回）　吐き気

胸痛　動悸　血圧　発疹　かゆみ

痛み　傷　出血　ケガ　やけど　できもの　腫れ

■その症状はどこの部位ですか？

（　　）

■外科系の方は受傷理由と時間を書いてください

（　　）

■小児のみ体重　　kg（薬の量を決めるのに必要です）

■今までケガや病気で入院・通院・手術をしたことがありますか？

あり・なし

（病名　　）

■現在飲んでいる薬はありますか？　あり・なし

（薬剤名　　）

※お薬手帳など　あり・なし

■食べ物や薬のアレルギーはありますか？　あり・なし

（食品　　薬剤　　その他　　）

※女性の方にお聞きします

妊娠の可能性：なし　あり（妊娠　ヶ月）

生理（月経）：順調　不規則　止まっている　閉経　授乳中

※看護師記載欄

医療法人 同仁会　千歳第一病院

27. 7. 2×2,000