

診 療 申 込 書

横浜市救急医療センター

患 者	フリガナ			性 別	職業・学校名
	氏 名			男・女	
	生 年 月 日	大・昭・平・令 年 月 日 (満 歳 月)			来所の交通手段を ○で囲んで下さい 自家用車 バイク 電車 バス タクシー 自転車 徒歩 () 救急隊 その他 ()
	住 所	〒		電話 () 携帯 ()	
	居 所 <small>※出張・帰省中等の 方は今晚居所</small>			電話 ()	
付 添 者	氏 名			患者との続柄 ()	
	住 所			電話 ()	
希望する診療科目を ○で囲んで下さい		内 科 ・ 小 児 科 ・ 眼 科 ・ 耳 鼻 咽 喉 科			
症状を○で囲んで下さい			※当センター使用欄のため記入しないで下さい		
発熱 (月 日 時 分頃から) 頭痛 せき のど痛 息苦しい 胸痛 はく・はきけ げり 腹痛 食欲低下 発疹 ぜんそく発作・ゼーゼーする めまい 眼痛 鼻血 耳痛 異物 (目・鼻・耳・のど)					
※その他の症状の方は以下にお書き下さい					
小児 (15歳未満) 体重 []kg					
かかりつけのお医者さん (ホームドクター) いますか	無・有	有の 場合	区		病院 医院
薬や注射などで何か 異常はありますか	無・有	有の 場合	薬の 名前 []	・わからない	
アレルギーはありますか	無・有	有の 場合	何の []	・わからない	
いままでにどんな病気にか かったことがありますか					
女性の方 現在妊娠していますか	いいえ ・ はい ・ わからない				
過去に輸血をしたことは ありますか	無・有				
3ヶ月以内に海外渡航を しましたか	無・有	有の 場合	国名: 帰国日: /		
お薬手帳は持参してありますか	有・無	無の 場合	今飲んでいる 薬があれば記入 []		
救急相談センター (#7119) からの案内ですか	いいえ ・ はい				
当センターは診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。					

※記入不要・以下日時は当センターで記入します

体温 °C

年	月	日	時	分
---	---	---	---	---