

岡山市休日夜間急患診療受診申込書

受付 _____

岡山市長 様

年 月 日

次の事項にご記入又は○をつけて、保険証を添えて受付へご提出ください。

フリガナ		生 年 月 日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日生 (満 歳)	男 女	被保険 者との 続 柄	
受診者 氏 名							
住 所				TEL (携帯など)			
被保険者 氏 名		受診 科目	内科 小児科				
○主な症状と経過 発熱・嘔吐・咳・ぐったりしている・意識の混濁・けいれん のどの痛み・下痢・腹痛・頭痛・めまい・筋肉痛 []							
○発病時刻	月 日	午前 午後	時ごろから				
○体 温	度 分						
○薬・注射に過敏、またはアレルギーがありますか。	はい ()	いいえ					
○現在治療中の疾患はありますか。	はい ()	いいえ					
○飲めない薬の形状がありますか。	はい (粉薬 ・ カプセル ・ 錠剤 ・ 水薬)	いいえ					
○現在妊娠していますか。	はい	いいえ					
.....							
小児科を受診の方は以下の4項目も(乳児の方は栄養方法も)ご記入ください。							
○今までにかかった病気	麻疹・風しん・おたふく・水痘・今期のインフルエンザ・百日咳・結核 その他大きな病気等 ()						
○すでに受けた予防接種	B肝・ロタ・ヒブ・BCG・四混・三混(DPT)・不活化ポリオ・肺炎球菌 麻疹風しん混合・日本脳炎・二混・おたふく・水痘・今期のインフルエンザ						
○けいれん	なし	あり ()					
○栄養方法	母乳	人工乳	混合				
病気にかかって、どういう経過で来られましたか。							
1 病気にかかって初めての受診 2 他の医療機関で受診中 3 その他 ()							
この診療所で過去に受診されたことがありますか。							
1 ある (1ヶ月以内 ・ 2~3ヶ月以内 ・ それ以前) 2 ない							
診療明細書が不要の方は、ご署名をお願いいたします。							
本日の診療明細書は不要です。(ご署名)							
健康保険の 種 別	1 国保 2 社会 3 共済 4 組合 5 その他						

(注意事項)

※ この診療所は急病患者だけを対象としたもので、慢性疾患の診療はいたしません。

※ 健康保険証の提示のないときは、治療費等の全額を自費でいただきます。

また、後日に返還はいたしません。