

# 休日当番医問診票

今の体温： \_\_\_\_\_ 体重 \_\_\_\_\_ kg

フリガナ			男・女
氏名	(生年月日 H . . . . .)(オ ケ月)		
住所	TEL	—	—
	携帯	—	—

1、発熱はありますか？  
 いいえ  
 はい →いつから( )

2、どうなさいましたか？  
 湿疹 のどの痛み  
 鼻水 せき 頭痛  
 腹痛 嘔吐( 回) 下痢( 回)

3、いつからですか？

4、薬、食べ物のアレルギーはありますか？  
 なし  
 ある ( )

5、現在治療中の病気はありますか？  
 なし  
 ある ( 病名： )  
 ( 薬： )  
  
 ( 病名： )  
 ( 薬： )

他に飲んでいる薬はありますか？  
 なし  
 ある ( )

6、今までに入院や手術をしたことがありますか？

7、家族やまわりで流行っている病気はありますか？  
 いない  
 いる ( )

## 《おしらせ》

### 【受付時間】

8:00~12:00

14:00~18:00

予約なしで直接お越しください

### 【住所】

浜松市北区根洗町548-1

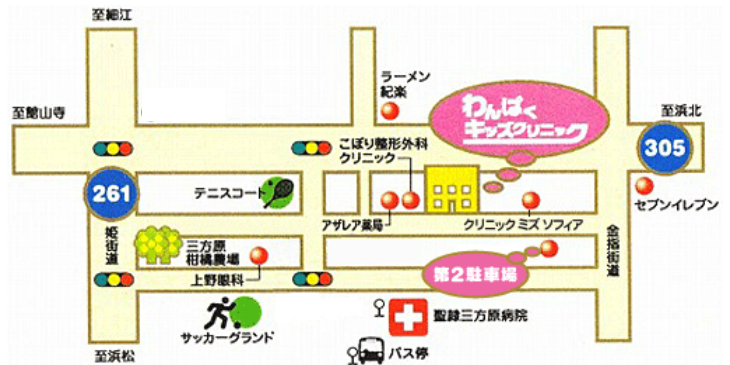
### 【TEL】

053-414-3189

※本日は時間外となります。小中学校受給者証は病院ならびに診療所での使用はできません。薬局のみご利用可能です。



## アクセスマップ



### 🚗 お車でお越しの方

東名高速道路、浜松西インターチェンジより約15分  
 ★医院では広い駐車場を完備しています。