

儿 科/小児科

年 月 日

No

急 诊 申 请 书 / 応 急 診 療 申 込 書: 儿 科/小児科			
注音假名/ふりがな		出生日期	年 月 日 (周岁/歳 个月/ヶ月)
姓名	(男/女)		
当前住址/現住所	邮编/〒: —		(体温 ℃)
电话号码/電話番号	座机/自宅		
	手机/携帯		(体重 kg)
注音假名/ふりがな			
父母/监护人姓名 /保護者氏名 (被保険人)			

(※未满18周岁者请填写)

问诊表/問診票 (请勾选☑符合患儿情况的项目/該当するところに☑)
◎今日就诊的理由、症状/本日かかられた理由・症状
何时开始的? /いつから (大约 月 日开始/ごろから)
☐ 发烧/発熱 (最高 ℃) ☐ 痉挛/痙攣 ☐ 咳嗽 ☐ 喘鸣/喘鳴 (呼吸呼吸) ☐ 流鼻涕/鼻水 ☐ 头痛/頭痛 ☐ 恶心/嘔吐 ☐ 腹泻/下痢 ☐ 腹痛 ☐ 发疹/湿疹/発疹・湿疹
如有其他症状、疑虑或疑问, 请自由填写。/その他の症状、心配なこと、聞きたいことなどご自由にお書きください
◎关于患儿情绪/機嫌について ☐ 好/良好 ☐ 差 /悪い ☐ 极差/最悪
◎关于患儿用药情况/お薬について
目前正在服用的药物/現在服用中の薬が ☐ 无/なし
☐ 有 (就诊时请出示药物手账等能了解用药情况的资料/診察時にお薬手帳等内容のわかるものを見せてください)
药物过敏/お薬のアレルギー ☐ 无 /なし ☐ 有 ()

★备考★

・就诊时请遵照工作人员的指示。

津市儿童急诊诊所/节假日牙科诊所

年 月 日

No.

急診申请表/応急診療申込書：内科

注音假名/ふりがな		出生年月日	年 月 日 (岁/歳)	
姓名	男 / 女			
当前住址/現住所	〒	电话号码/電話番号	家庭/自宅	
注音假名/ふりがな			手机/携帯	
监护人姓名/保護者氏名 (被保険人)	(※未満18歳の人请填写)		(体温 °C)	(体重 kg)
护士记录栏 /看護師記入欄	SpO2 %	关于新冠病毒疫苗接种/新型コロナウイルス感染症のワクチンの接種について	未接种疫苗/未接種	完成第 () 次/回目済

※問診単/問診票※

请在□勾选符合您情况的选项。/該当する□に☑をして下さい。

*今日就诊原因、症状/本日かかられた理由・症状			
自何时起/いつから (大约 月 日起)			
□ 发烧/発熱 ※发烧的人请务必回答。/熱のある方は必ずお答えください。			
→最近3周内的旅行史 / 3週間以内の渡航歴 □ 无/なし □ 有 (国名:)			
□ 咳嗽 □ 咽喉痛 □ 流鼻涕/鼻水 □ 恶心/呕吐 □ 腹泻/下痢 □ 腹痛 □ 头痛/頭痛			
□ 其他/その他 ()			
① 关于您曾经患过的疾病/これまでにかかられた病気について			
□ 高血压 □ 中风/脳卒中 □ 糖尿病 □ 心脏病/心臓病 □ 哮喘/喘息 □ 肺结核 □ 肝病/肝臓病 □ 癌症/癌			
□ 其他/その他 () □ 无/なし			
② 关于您目前正在接受治疗的疾病/現在治療中の病気について			
目前正在接受治疗的疾病 / 現在治療中の病気が □ 无/なし			
□ 有 (疾病名称/病名: 常去就诊的医疗机构/かかりつけ医療機関:)			
目前正在服用的药物 / 現在服用中の薬が □ 无/なし □ 有 (详情/内容:)			
③ 关于您的手术史和输血史/これまでの手術歴及び輸血歴について			
手术史/手術歴: □ 无/なし □ 有 (手术名称/手術名:) 输血史/輸血歴: □ 无/なし □ 有			
④ 关于您的体检记录/健康診断歴について			
最近1-2年内做过体检吗? / 最近1~2年以内に健康診断を □ 是/受けた □ 否/受けていない			
您的体检结果为/健康診断の結果は: □ 无异常/異常なし □ 有异常/異常あり (详情/内容:)			
⑤ 关于过敏史和嗜好/アレルギー歴及び嗜好について			
食物过敏/食品アレルギー	□ 无/なし □ 有	药物过敏/薬物アレルギー	□ 无/なし □ 有
食物名称/食品名		药物名称/薬品名	
吸烟/喫煙 □ 否/なし □ 是/あり (根/天) / 本/日		喝酒/飲酒 □ 否/なし □ 有时/時々 □ 是/あり (/天)	
⑥ 关于与传染病患者或密切接触者的接触/感染症のある方または濃厚接触者との接触について □ 否/なし □ 是/あり (见下方问题/下記の質問へ)			
种类/種類	□ 新冠病毒/新型コロナ □ 流感/インフルエンザ (A型、B型) □ 其他/その他 ()		
接触对象/接触相手	□ 家人 (同居人) □ 学校/工作同事/朋友/学校・職場の人・友人 □ 其他/その他 () □ 未知/不明		
⑦ 询问女士: /女性の方にお尋ねします			
您目前是否怀孕? / 現在、妊娠の有無	□ 否/なし □ 未知/不明 □ 是/あり (个月/ヶ月)	是否母乳喂养/授乳の有無	□ 否/なし □ 是/あり

请一并提交将个人番号保险证、资格确认证、各种福利证明和用药记录本请遵照医护人员的指示进行诊疗。

年 月 日

№

急診申请表/応急診療申込書: 内科

注音假名/ふりがな		出生年月 日	年 月 日 (岁/歳)
姓名	男 / 女		
当前住址/現住所	〒 -	电话号码/ 電話番号	家庭/自宅
注音假名/ふりがな			手机/携帯
监护人姓名/保護者氏名 (被保険人)	(※未滿18岁的人请填写)		(体温 °C) (体重 kg)
护士记录栏 /看護師記入欄	SpO2 %	关于新冠病毒疫苗接种/新型コロナウイルス感染症のワクチンの接種について	未接种疫苗/未接種 完成第 () 次/回目済

※問診单/問診票※

请在□勾选符合您情况的选项。/該当する□に☑をして下さい。

●今日就診原因、症状/本日かかられた理由・症状			
自何时起/いつから (大约 月 日起)			
□ 发烧/発熱 ※发烧的人请务必回答。/熱のある方は必ずお答えください。			
→最近3周内的旅行史 / 3週間以内の渡航歴 □ 无/なし □ 有 (国名:)			
□ 咳嗽 □ 咽喉痛 □ 流鼻涕/鼻水 □ 恶心/呕吐 □ 腹泻/下痢 □ 腹痛 □ 头痛/頭痛			
□ 其他/その他 ()			
① 关于您曾经患过的疾病/これまでにかかられた病気について			
□ 高血压 □ 中风/脳卒中 □ 糖尿病 □ 心脏病/心臓病 □ 哮喘/喘息 □ 肺结核 □ 肝病/肝臓病 □ 癌症/癌			
□ 其他/その他 () □ 无/なし			
② 关于您目前正在接受治疗的疾病/現在治療中の病気について			
目前正在接受治疗的疾病/現在治療中の病気が □ 无/なし			
□ 有 (疾病名称/病名: 常去就診的医疗机构/かかりつけ医療機関:)			
目前正在服用的药物/現在服用中の薬が □ 无/なし □ 有 (详情/内容:)			
③ 关于您的手术史和输血史/これまでの手術歴及び輸血歴について			
手术史/手術歴: □ 无/なし □ 有 (手术名称/手術名:) 输血史/輸血歴: □ 无/なし □ 有			
④ 关于您的体检记录/健康診断歴について			
最近1-2年内做过体检吗? / 最近1~2年以内に健康診断を □ 是/受けた □ 否/受けていない			
您的体检结果为/健康診断の結果は: □ 无异常/異常なし □ 有异常/異常あり (详情/内容:)			
⑤ 关于过敏史和嗜好/アレルギー歴及び嗜好について			
食物过敏/食品アレルギー	□ 无/なし □ 有	药物过敏/薬物アレルギー	□ 无/なし □ 有
食物名称/食品名		药物名称/薬品名	
吸烟/喫煙 □ 否/なし □ 是/あり (根/天) /本/日		喝酒/飲酒 □ 否/なし □ 有时/時々 □ 是/あり (/天)	
⑥ 关于与传染病患者或密切接触者的接触/感染症のある方または濃厚接触者との接触について □ 否/なし □ 是/あり (見下方问题/下記の質問へ)			
种类/種類	□ 新冠病毒/新型コロナ □ 流感/インフルエンザ (A型、B型) □ 其他/その他 ()		
接触对象/接触相手	□ 家人 (同居人) □ 学校/工作同事/朋友/学校・職場の人・友人 □ 其他/その他 () □ 未知/不明		
⑦ 询问女士: /女性の方にお尋ねします			
您目前是否怀孕? /現在、妊娠の有無	□ 否/なし □ 未知/不明 □ 是/あり (个月/ヶ月)	是否母乳喂养/授乳の有無	□ 否/なし □ 是/あり

请一并提交将个人番号保险证、资格确认证、各种福利证明和用药记录本请遵照医护人员的指示进行诊疗。

年 月 日

No.

急诊申请表/応急診療申込書: 牙科/齒科

注音假名/ふりがな		这是您第一次来我们医院吗？ /今回の来院が初めてですか？ (是/はい/否/いいえ)
姓名	(男/女)	
出生年月日	T・S・H・R 年 月 日 (岁/歳)	
当前住址/現住所	T —	(体温 °C)
电话号码/電話番号	家庭	(体重 kg)
	手机	
注音假名/ふりがな		
监护人姓名 /保護者氏名 (被保険人)		
您是如何得知这家诊所的？/こちらの診療所を何で知りましたか？(请○出合适的选项。/該当するものに○をしてください) ① 市广报/有线电视等/市広報・ケーブルテレビ等 ② 医疗机构的介绍 /医療機関からの紹介 ③ 紧急医疗信息服务 [1199]/救急医療情報案内 ④ 其他/その他()		

★备注★

- 请在医院接待处一并出示您的健康保险证、各种福利证明。
- 请注意, 就诊顺序可能会根据患者的症状而有所改变。

津市儿童急诊诊所/假日牙科诊所