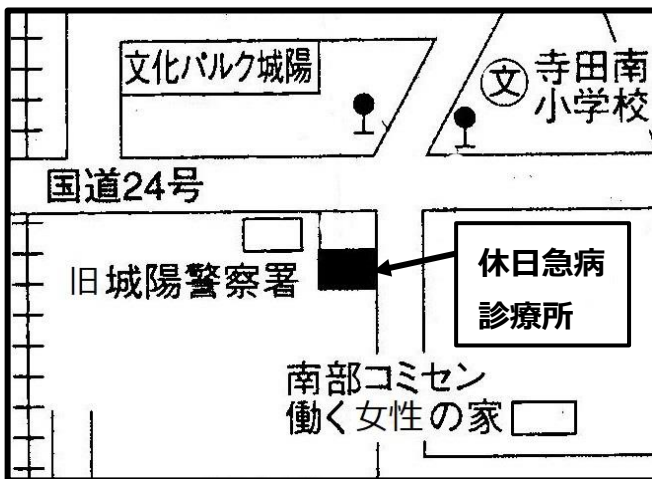


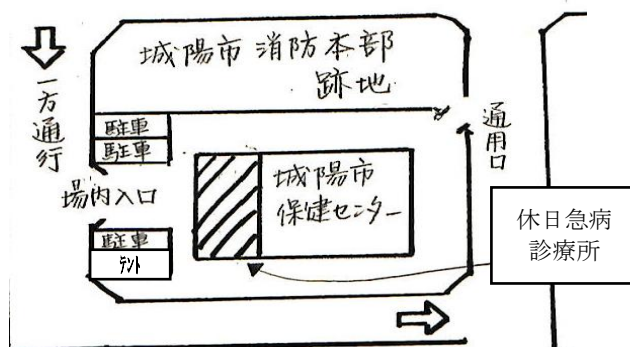
12月から 休日急病診療所が 予約制になります

令和2年12月から令和3年3月（予定）まで、城陽市休日急病診療所は、新型コロナウイルスの院内感染予防のため、電話予約制とさせていただきます。（聴覚に障害のある方はファックスでも予約していただけます。）

- ★予約がない場合は受診できません。
- ★城陽市休日急病診療所は、休日等の急な病気に対する応急的な診察を行う施設です。
翌日、休日明けには症状により、かかりつけ医療機関を受診してください。
- ★受診時は、マスクの着用をお願いします。
- ★午後の診療は、感染予防のため屋外のテント、または自家用車で来所の場合は敷地内で乗車のまま診察します。そのため、受診される方には、防寒着のご用意と、できるかぎり付添いの方と一緒に来院をお願いします。
- ★来院途上における新型コロナウイルス感染症の感染防止の観点から、自家用車をお持ちの方は、できるかぎり自家用車でのご来院をお願いします。



休日急病診療所周辺拡大図



【診療日】

日曜日、祝日、振替休日、年末年始（12月31日から1月3日）

【利用方法】

当日に休日急病診療所 ☎（５５）１１１２ へ電話または、
別紙を記入し【休日急病診療所 FAX（５５）１１１２】へ送ってください。
診察時間等を、連絡させていただきます。

【受付・診療時間】当日の予約受付時間に関わらず、予約の状況により受付を終了する場合があります。

| 対象 | 発熱・風邪症状が <u>ない</u> 人 | 発熱・風邪症状が <u>ある</u> 人 |
|--------|-----------------------|---------------------------|
| 予約受付時間 | 9:30～11:00 | 9:30～11:30 13:00～16:00 |
| 診療時間 | 10:00～12:00 | 13:00～17:00 |
| 持ち物 | 健康保険被保険者証、医療受給者証、お薬手帳 | |

お問い合わせ 城陽市役所健康推進課（保健センター）平日の月～金 8時30分～17時00分

☎（５５）１１１１ 保健センター-FAX（５５）１１４０

城陽市休日急病診療所診療予約兼申込書

NO _____

| | | | |
|---------------|---------------------|----------------------|--|
| 来所希望日時 | 令和 年 月 日 時 分 | 現在の 体温 | 度 分 |
| ふりがな 受診者氏名 | | 性別 | 男 ・ 女 |
| | | 年齢 | 満 歳 カ月 |
| 生年月日 | 大・昭 平・令 年 月 日 | 体重 | K g |
| 住所 | | FAX 番号 | |
| 滞在先住所 | | 保険種別 | 社保（本人）・社保（家族） 国保 |
| 来所方法 | 徒歩（車以外） | 小学校区 （どれかに ○を） | 久津川・古川・久世・深谷 寺田・寺田南・寺田西・今池 富野・青谷 その他（ 府内・府外 ） |
| | 車 色（ ） ナンバー（ - ） | | |

| | | |
|-------------------------------|--|-----|
| 発熱はありましたか？ | はい（ 度 分、いつから？ ） | いいえ |
| 発熱以外の症状はありますか？ | せき・息苦しい・全身倦怠感・咽頭痛・鼻水・ 鼻づまり・頭痛・関節痛・筋肉痛・下痢・嘔気・嘔吐・ その他（ ） | |
| 嗅覚・味覚異常はありますか？ | はい | いいえ |
| ここ2週間に以内に新型コロナ感染者との接触はありましたか？ | はい | いいえ |

| | | |
|--|---|-----|
| 上記以外の症状はありますか？ | はい（ ） | いいえ |
| 最初に症状が出始めたのはいつ頃からですか？ | 月 日(午前・午後) | 時頃 |
| 今回の症状が出てから他の病院などで受診はしましたか？ | 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 | |
| （発熱や風邪症状のある方にお尋ねします） 同居家族の方で、同じような症状の方はいますか？ | いる 症状は？（ ） | いない |
| 今回の症状に対して、何か、お薬を使用や服用しましたか？ | はい（ ） | いいえ |
| 薬・注射・食べ物で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の 具合が悪くなったことはありますか？ | ある（ ） | ない |
| これまでにかけた大きな病気や持病はありますか？ | 高血圧・心臓病・肝臓病・糖尿病 その他（ ） | |
| 現在、定期的に飲んでる薬はありますか？ | ある（ ） | ない |
| 先月又は今月、当院で受診されたことはありますか？ | ある（ 月 日） | ない |
| たばこは、吸いますか？ | はい（ 本/日） | いいえ |
| 酒やビールなどのアルコールを、飲みますか？ | はい（毎日・時々） | いいえ |
| 現在、妊娠していますか？ | はい（出産予定日 月 日） | いいえ |
| 現在、授乳していますか？ | はい | いいえ |

