

診療申込書

ID番号							
------	--	--	--	--	--	--	--

申込年月日 西暦 年 月 日

1. 下記の《確認事項》を必ずお読みになったうえで、太枠内のご記入をお願いします。

受診者氏名	フリガナ	生 年 月 日	西暦	年	月	日生	性 別	男性
	氏名							(満 歳 カ月)
現住所	〒 ー 都道 府県							
電話	[自宅] ()	[携帯] ()						
勤務先	[名称]	[電話番号] ()						
	[住所]	()						

2. 受診希望される診療科にチェックをしてください。

<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 循環器科	<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 消化器科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科
<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 形成外科	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 婦人科

3. 以下の質問事項にお答えください。(該当するところを○で囲んでください)

◆当院を受診されるのは	<input type="radio"/> ①初めて	<input type="radio"/> ②以前に受診した	<input type="radio"/> ③わからない
◆紹介状はお持ちですか？	<input type="radio"/> ①はい	<input type="radio"/> ②いいえ	<small>※紹介状と別にデータ(記録媒体)等をお持ちの方は一緒に窓口へご提出ください。</small>
◆本日受診される病気・ケガが、下記のいずれかに該当する場合は○で囲んでください	<input type="radio"/> ①交通事故 <input type="radio"/> ②業務災害 <input type="radio"/> ③通勤災害 <input type="radio"/> ④左記以外の第三者行為によるもの		

《 確 認 事 項 》

- 当院に初めて受診される場合、他の保険医療機関等からの「紹介状」をお持ちでなく直接来院された患者様につきましては、初診に係る費用として初診料とは別に選定療養費制度に基づき「初診時保険外併用療養費」として3,300円(税込)をご負担いただくこととなりますので、予めご承知おきください。但し、緊急その他やむを得ない事情により紹介によらず来院された場合にあっては、この限りではありません。詳細は受付窓口までお問い合わせください。
- 当院では、事故防止・安全確保の観点から患者様のお呼出しは、マイクを使用したアナウンスや口頭、掲示により行っております。
- 当院では、健康保険証や医療受給者証、介護保険証を提示していただいた場合には、保険請求誤り防止等の観点からコピーを取らせていただいております。
- 当院では、研修・養成・ボランティア等の目的にて、医療専門職の学生等が診察・看護・処置・検査・リハビリテーション・受付等に同席・実習等を行うことがございます。
- 当院では、治療方針の決定にあたり患者様へ十分にご説明し、同意を得ることを標準としておりますが、緊急の場合には、輸血・手術・検査等の処置の遂行を優先し、ご説明が事後となる場合があります。信条等の理由から、状況にかかわらず施行をご希望されない医療行為がある場合にはあらかじめ窓口へお申し出ください。

※上記記載事項に同意できない内容がございましたら窓口までお申し出ください。

職員確認欄

登録者	確認者	保険証 受給者証	預り・返却	画像データ
				記録媒体 (CD-R) フィルム

小児科(小児外科)問診票

ID: _____

来院日: 20 年 月 日

↓該当する項目に○をつけてください。

フリガナ		性別	年齢	保育園・幼稚園	身長:	cm
氏名				小学生	体重:	kg
				中学生	体温:	℃

下記の質問にお答え下さい。(該当する項目に記入、もしくは○をつけて下さい。)

☆差し支えなければ、患児と記入者の関係をご記入下さい。()

1. 今回どのような症状で受診されますか。
 咳・のどの痛み・発熱・喘息様症状・下痢・便秘・腹痛・頭痛・嘔吐
 皮膚のかぶれ・じんましん・その他()

2. その症状はいつ頃から起こりましたか。

3. 同じ症状で他院にかかりましたか。
 (いつ: 病名:) はい いいえ

4. 現在までに何か大きな病気で治療を受けたことはありますか。
 (いつ: 病名:) はい いいえ

5. 現在までに何か手術を受けたことはありますか。
 (いつ: 病名:) はい いいえ

6. 現在飲んでいる薬はありますか。
 [薬の名前]] はい いいえ

7. 薬の種類の希望はありますか。
 (粉 又は シロップ) はい いいえ

8. ここ6ヶ月以内に渡航歴はありますか。
 →渡航歴ありの方はどちらの国ですか。() はい いいえ

9. 6歳以下の方、または、小児外科の受診をご希望の方)にお尋ねします。
 [出生] 予定とおり・妊娠()週()日目
 [出生時異常] なし・あり() [出生時体重] ()グラム
 これまでの健康診断で、指導・注意を受けたことがありますか。
 いいえ・はい()

10. ご家族※に下記に該当する方はいますか。※血縁関係にある者
 アレルギー (種類: 患者との続柄:) はい いいえ
 アレルギー疾患 (病名: 患者との続柄:)

11. 現在までに薬剤や食物、花粉などで、アレルギー症状(発赤、じんま疹/発疹、気分不良、ショックなど)が起こったことはありますか。

【薬剤】	はい →	→医師の診断が (ある・ない)	薬剤名:	症状:
	いいえ			
【食物】	はい →	→医師の診断が (ある・ない)	食物名:	症状:
	いいえ			
【その他】	はい →	→医師の診断が (ある・ない)	その他:	症状:
	いいえ			