

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

内科問診票

来院日 20 年 月 日

フリガナ		年齢	職業	身長:	cm
氏名				体重:	kg
				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。)

1. 今回どのような症状で受診されますか。 ・発熱 (本日の自宅での体温 ℃ ・最も高かった体温 月 日 ℃) ・咳 ・痰 ・のどの痛み ・息苦しさ ・倦怠感 ・比較的軽いかぜ症状の持続 ・排尿時痛 ・残尿感 ・腫瘍(しこり) ・頭痛 ・胸痛 ・腹痛 ・関節痛 ・背部痛 ・吐き気 ・嘔吐 ・腹満感 ・下痢 ・便秘 ・ コロナ検査を受けた: 月 日 陽性 ・ 陰性 その検査の種類 (PCR ・ 抗原 ・ その他) ・上記以外の症状() 健康診断又は人間ドックで精密検査が必要と言われた(当院 ・ 他院※) ※他院で受けられた方は、 何の精密検査ですか。() 検査結果も提出して下さい	
2. その症状はいつ頃から起こりましたか。 月 日頃から	
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。(該当に○をつけて下さい。) ・ <u>がん ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 高血圧 ・ 腎臓病 ・ 脳血管疾患 ・ 肺疾患 ・ 脂質異常症</u> ・ <u>免疫不全状態(移植後、免疫抑制剤使用中、抗がん剤治療、AIDS等)</u> ・肝臓病 ・ 甲状腺 ・ 膠原病 緑内障 ・ ペースメーカー ・ 精神疾患 その他()	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. お酒はどのくらい飲まれますか。(頻度: 回/週)(種類:)(量: ml)	はい いいえ
8. タバコは吸いますか。(1日 本 年間) ※「いいえ」の方→以前喫煙していた場合(歳から 歳まで1日 本喫煙)	はい いいえ
9. 現在、妊娠中ですか。又は妊娠の可能性はありますか。	はい いいえ
10. 現在、授乳中ですか。	はい いいえ
11. ここ6ヶ月以内に渡航歴・国内での移動歴はありますか。 →はいの方 どちらに行かれましたか。 月 日 ~ 月 日 ()	はい いいえ
12. 感染症であると確定した方、疑われる方との接触歴はありますか。 ※「はい」の方→該当に○をつけてください ※それはいつ頃ですか 月 日頃 ・新型コロナウイルス感染症 ・インフルエンザ ・感染性胃腸炎 ・その他()	はい いいえ
13. 血縁関係にあるご家族に次の病歴はありますか。(該当に○をつけて下さい。) 糖尿病 ・ 高血圧症 ・ 脂質異常症 ・ がん ・ 遺伝性疾患() ※血縁関係にある方との 続柄:()	はい いいえ
14. 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 薬剤名: 症 状: いいえ (ある ・ ない)
【食物】	はい → →医師の診断が 食物名: 症 状: いいえ (ある ・ ない)
【その他】	はい → →医師の診断が その他: 症 状: いいえ (ある ・ ない)