

【診療申込書】

申込日付; 年 月 日

本日の体温 _____ °C

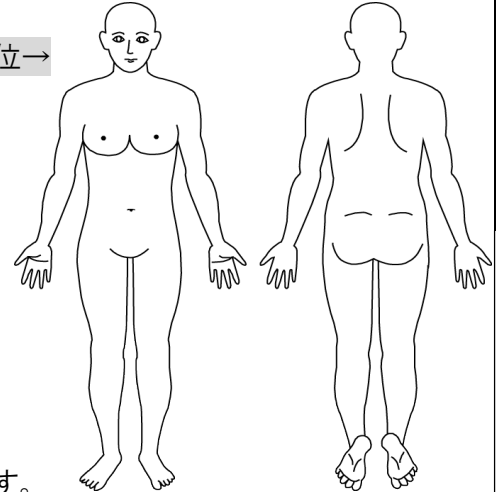
I D	
フリガナ	性別: <input type="checkbox"/> 男性 ・ <input type="checkbox"/> 女性
氏名	生年月日 年 月 日(歳)
住所	〒 _____ 都・道・府・県 _____ 区・市・町・村 _____
	連絡先① _____ 連絡先② _____

問診票

- ① マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか? ⇒ はい ・ いいえ
- ② 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか? ⇒ はい ・ いいえ
- ③ いつから症状がありますか?
⇒ 今日 _____ 日前から _____ 週間前から _____ ヶ月前から それ以前

下記の項目を必ずご記入下さい。

- ④ 今日は、どのような症状で診療をご希望ですか。 **症状の部位→**
 「熱 鼻水 咳 のどの痛み 吐き気 血圧 胸が苦しい
 下痢 めまい 頭痛 首の痛み 肩の痛み 胸痛 腹痛
 背中での痛み 腰痛 関節の痛み しびれ」
 その他症状()
具体的症状:(※診療の為に大切な記録ですのでお書き下さい。)



転院相談にて来院しました。
 病名は、 _____ と言われています。

- ⑤ ケガの方は、⇒項目を必ず記入を必要とします。 交通事故、業務上、通勤途上、
その他()
 ◇ **ケガの原因はなんですか?**

- ⑥ 女性の方のみお答え下さい。 ⇒ はい ・ いいえ
 現在妊娠中ですか? 最終月経: 年 月 日

- ⑦ 他の医療機関にかかっていますか? そうであれば、下記をご記入ください。

現在服用中のお薬名 = _____

過去服用していたお薬名 = _____

過去の通院時病名 = _____

(※記憶の範囲内をお願いします)

- ⑧ 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか?(はい ・ いいえ)

「はい」の方→原因のお薬又は食べ物 = _____

- ⑨ 直近2ヶ月程度で海外への渡航歴はありますか?(はい ・ いいえ)

「はい」の方→渡航先の国、地域等 = _____

- ⑩ 希望する検査等がありますか? 又は、医師へ連絡事項があればご記入下さい。

※ 当院は、個人情報保護法に関しては、院内に掲示してありますのでそちらをご覧ください。

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。