

診察申込書兼問診票

(登録情報変更用紙)

ご本人が受診されますか

☐はい ☐いいえ

※住所・氏名・連絡先に変更がある場合、当院受診歴のあるご家族さま分すべてご記入ください

先に順番発券機で受付票をお取りください。

希望の受診科の ☐ にレ印を入れてください。

☐ 内科	☐ 循環器内科	☐ 消化器内科	☐ 呼吸器内科	☐ 小児科
☐ 消化器外科	☐ 乳腺・内分泌外科	☐ 形成外科	☐ 整形外科	☐ 脳神経外科
☐ 心臓血管外科	☐ 呼吸器外科	☐ 皮膚科	☐ 泌尿器科	☐ 産婦人科
☐ 眼科	☐ 耳鼻いんこう科	☐ リハビリテーション科	☐ 放射線科	☐ 歯科口腔外科
☐ 麻酔科	☐ 救急科	☐ 緩和ケア科	☐	☐

ID No.		申込日	令和	年	月	日	
フリガナ						性別	男 ・ 女
氏 名							
生年月日	1.西暦 2.明治 3.大正 4.昭和 5.平成 6.令和 年 月 日生 (歳 ヲ月)						
フリガナ							
お住いの住所	〒 - 都 道 市 府 県 区 郡						
住民票のある住所 ☐ 同上	〒 - 都 道 市 府 県 区 郡						
電 話	自 宅(固定電話)		() -				
	携帯電話		() -				
	緊急連絡先本人以外(続柄)		() -				

受診される患者さんの該当する ☐ にレ印を入れてください。

☐ マイナ保険証による診療情報取得に同意した	☐ この一年以内に特定健診・高齢者健診を受診した
☐ 他医療機関に入院中・施設入所中(名称)	☐ 仕事・通勤・交通事故の治療のため
☐ 健康診断・人間ドック等受診のため	☐ その他

当院は「医療DX推進体制整備加算」及び「医療情報取得加算」を算定しています

当院は診療情報と保険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(マイナンバーカード)の利用にご協力をお願いします。マイナ保険証の提示や診療情報取得等に同意されない場合は、初診または再診時の窓口負担金額が変わることがあります。マイナ保険証の提示は、診療日ごとに必要です。保険確認受付にご提示ください。

「紹介状」はありますか？	☐ 有…紹介医療機関名()※紹介状をご提示ください。
	☐ 無…医科については1年以上、当院の医科受診が無い場合は別途7,700円が必要になります。 歯科については終診から1月以上、当院の歯科受診が無い場合は別途5,500円が必要になります。

備考欄

保険証返却受け取りサイン

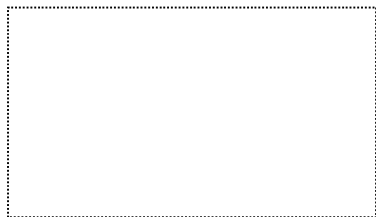
裏面の問診票もご記入ください

市立ひらかた病院

受付者	登録者

外 来 共 通 問 診 票

日付(年 月 日)



患者ID ()
患者氏名 ()

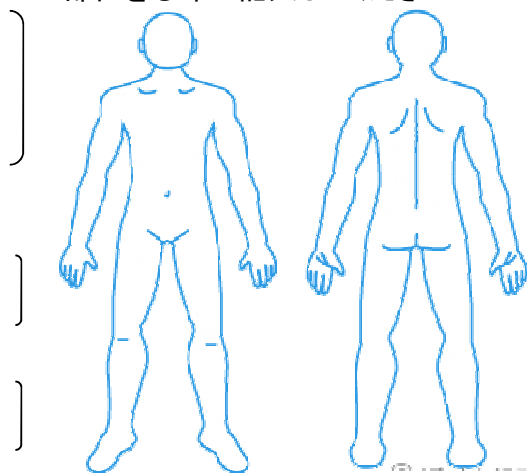
性別(男 ・ 女) 年齢()歳
身長()cm 体重()kg

日本語以外の言語(英 ・ 中 ・ 韓 ・ ス ・ ポ) 通訳(タブレット・同行・なし)

1. 今日はどうされましたか？ 症状をお書きください

いつから
どこが
どのように

部位を○印で記入してください



2. 治療や検査などご希望がありましたらご記入ください

()

3. 海外渡航歴(過去1か月間) (国名:
□はい □いいえ

4. かかりつけの病院や医院はありますか (医療機関名
病院・医院

5. 現在、他の医療機関で治療を受けていますか □はい(以下に医療機関名と病名をお書き下さい) □いいえ
(医療機関名 治療中の病気・けが)

6. 既往歴:過去にかかった病気はありますか □はい(以下に病名をお書き下さい) □いいえ
(□糖尿病 □高血圧 □腎臓病 □肝臓病 □喘息 □胃潰瘍
□緑内障 □脳疾患 □癌(部位:) □その他())

7. 現在、飲んでいるお薬はありますか □はい(以下にお薬の名前をお書き下さい) □いいえ
※医療機関で処方されたお薬については、マイナ保険証による情報取得に同意した場合は直近一ヶ月を除き省略可
(薬剤名、用量、投薬期間など お薬手帳をお持ちの方は、各ブロック受付でご提示下さい)

8. アレルギー:食べ物やお薬で発疹やショック、気分が悪くなったことがありますか
おくすり □なし □あり 内容()
食べ物 □なし □あり 内容()

9. 嗜好品について
たばこ □なし □あり 内容(本/日:喫煙歴 年)
アルコール □なし □あり 内容(□ビール・□日本酒・□焼酎・□ワイン・□ウイスキー
飲酒量 /毎日・毎週・機会飲酒)

10. 女性の方へ:現在妊娠していますか
□はい(予定日 年 月 日) □いいえ □分からない □授乳中

11. 女性の方へ:ピルを内服していますか □はい(薬剤名) □いいえ