

診察申込書兼問診票

ご本人が受診されますか

(登録情報変更用紙)

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。

<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 小児科
<input type="checkbox"/> 消化器外科	<input type="checkbox"/> 乳腺・内分泌外科	<input type="checkbox"/> 形成外科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科
<input type="checkbox"/> 心臓血管外科	<input type="checkbox"/> 呼吸器外科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 産婦人科
<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉・頭頸部外科	<input type="checkbox"/> リハビリテーション科	<input type="checkbox"/> 放射線科	<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科
<input type="checkbox"/> 麻酔科	<input type="checkbox"/> 救急科	<input type="checkbox"/> 緩和ケア科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 ヶ月)	
フリガナ							
お住いの住所	〒	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		都道 府県				市区 郡	
住民票のある住所 <input type="checkbox"/> 同上	〒	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		都道 府県				市区 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。

<input type="checkbox"/> マイナ保険証による診療情報取得に同意した	<input type="checkbox"/> この一年以内に特定健診・高齢者健診を受診した
<input type="checkbox"/> 他医療機関に入院中・施設入所中(名称)	<input type="checkbox"/> 仕事・通勤・交通事故の治療のため
<input type="checkbox"/> 健康診断・人間ドック等受診のため	<input type="checkbox"/> 万博会場に会場するため、宿泊施設等に滞在している
<input type="checkbox"/> 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は、診療日ごとに必要です。保険外負担について

本院では、保険収載されていないサービスを実施しており、内容と費用については院内に掲示しています。サービスを受けるには診療費とは別に費用が必要となります。

「紹介状」はありますか？	<input type="checkbox"/> 有…紹介医療機関名() ※紹介状をご提示ください。
	<input type="checkbox"/> 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

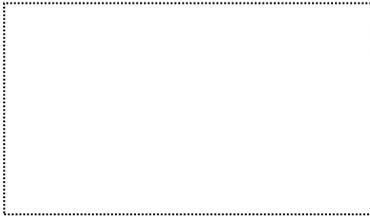
裏面の問診票もご記入ください

受付者	登録者

市立ひらかた病院

外来共通問診票

日付(年 月 日)



患者ID ()
患者氏名 ()

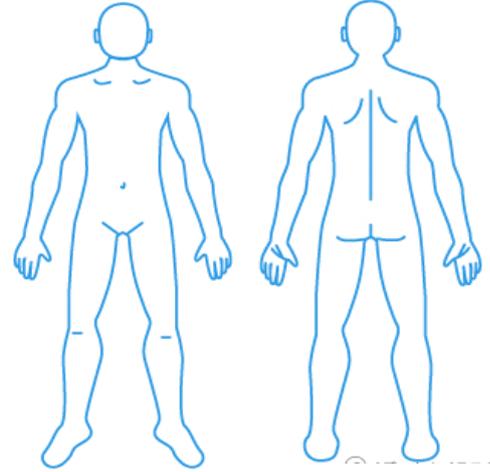
性別(男 ・ 女) 年齢()歳
身長()cm 体重()kg

オン資確認での情報提供同意 (あり ・ なし)
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年間)

はい いいえ

[国名:

4. かかりつけの病院や医院はありますか

[医療機関名

診療科
病院・医院

科]

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