

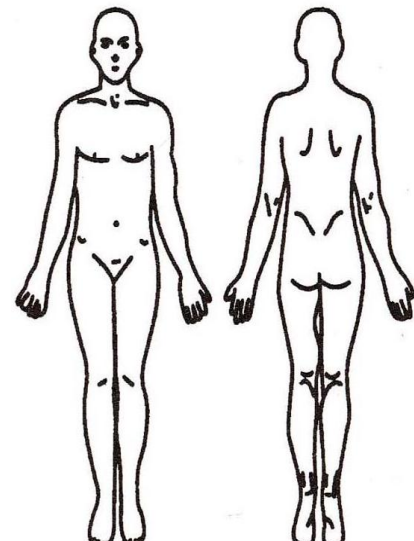
# 診 療 申 込 書

カルテ No.

年 月 日

フリガナ					男 ・ 女
氏 名	様				
生年月日	大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令	年	月	日生	才
住 所	〒 —				
電 話	自宅	( ) —	携帯	—	—

★ 診療上大切なことです。わかる範囲で記入してください

<p>1) 今日はどのような症状で受診されましたか？                  痛み ・ 腫れ ・ しびれ ・ 発赤 ・ 皮下出血 ・ 骨粗しょう症検査 ・ その他：                  (いつ 年 月 日)</p> <p>2) その症状はいつ頃から始まりましたか？                  (いつ 年 月 日)</p> <p>3) お怪我ですか？ ( いいえ ・ はい ) お怪我の方におたずねします                  ・ お仕事中の怪我ですか？ ( はい ・ いいえ )                  ・ 通勤中の怪我ですか？ ( はい ・ いいえ )                  ・ 交通事故での怪我ですか？ ( はい ・ いいえ )                  受傷日 年 月 日</p> <p>4) 他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？ ( はい ・ いいえ )</p> <p>5) 現在、ほかの医療機関に通院されていますか？ ( はい ・ いいえ )</p> <p>6) 今までにかかった病気(手術)、または現在治療中の病気がありますか。  <input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある → 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ がん ・ 脳卒中 ・ ぜんそく ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ 緑内障 ・ リウマチ ・ B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ その他：( )</p> <p>7) 現在服用している薬がありますか？ ※お薬手帳をお持ちの場合は受付へお出しください  <input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある → どのような薬ですか ( )</p> <p>8) 薬や食べ物などのアレルギーはありますか？  <input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある → <input type="checkbox"/>薬 <input type="checkbox"/>食べ物 ( )</p> <p>9) この1年以内に特定健診または高齢者健診を受診されましたか？ ( はい ・ いいえ )</p> <p>10) 身長 ( cm ) 体重 ( kg )</p> <p>11) タバコは吸いますか？  <input type="checkbox"/>吸わない <input type="checkbox"/>吸う ( 1日 本位を 年間 ) <input type="checkbox"/>やめた ( 年前まで 1日 本位を 年間 )</p> <p>12) 介護保険の認定を受けていますか？  <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい ( 認定介護度は：要支援1 / 要支援2 / 要介護1 / 要介護2 / 要介護3 / 要介護4 / 要介護5 )</p> <p>13) 女性の方にお聞きいたします。現在妊娠していますか？あるいは妊娠の疑いがありますか？  <input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある</p> <p>14) 本日はマイナンバーカードを利用しましたか？ ( はい ・ いいえ )</p> <p>15) 当院が他医療機関からあなたの診療情報の取得をすることに同意しますか？ ( はい ・ いいえ )</p> <p>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。</p> <p>差し支えなければアンケートにご協力いただけますでしょうか</p>	<p>右 左 左 右</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">                 部位に ○印をつけてください→             </div> 
---	---

当院を何でご存知になりましたか？ ○をつけてください。  
 近所 ・ 看板 ・ WEB 検索 ・ ホームページ ・ 家族紹介 ( ) ・ 知人紹介 ( ) ・ その他 ( )