

診療申込書

年 月 日 ()

ID :

氏名	フリガナ	性別	男 ・ 女	
生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日生 (歳)
住所	〒 - マンション名、枝番まで記入してください			
電話番号	自宅 ()	携帯電話	()	

●本日は、紹介状をお持ちですか。 (はい ・ いいえ)

※医師の希望がある場合は、事前に受付へ申し出てください。

●当院を選んだ理由を教えてください。該当する項目全てに○をつけてください。

- ① 知人の紹介
- ② 家族の紹介
- ③ インターネット
- ④ 看板
- ⑤ 自宅・職場が近い
- ⑥ 雑誌 (ホームドクター・その他)
- ⑦ 新聞
- ⑧ 主治医の継続
- ⑨ 他院からの紹介 (病院名 :)
- ⑩ その他 ()

※2枚目の問診票にも記入をお願いいたします。

当院は、個人情報を次の目的に利用し、その取扱は細心の注意を払っております。

●医療提供 ●診療費請求のための事務 ●管理運営業務 ●その他、個人情報保護法により認められる事項

個人情報の取り扱いについて、お気づきの点は受付窓口までお申し出ください。

診察を受けられる方へ

フリガナ

氏名 _____ 年齢 _____ 歳（男・女） 身長 _____ cm 体重 _____ kg

1. マイナ保険証（マイナンバーカードの健康保険証利用）による情報取得に同意しますか？

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お願いいたします。

（はい ・ いいえ）

2. 本日の受診理由をお聞かせください。

3. 今日は食事をとりましたか？

（はい ・ いいえ）

4. 今日は車を運転してきましたか？

（はい ・ いいえ）

5. 今までに胃カメラを受けたことがありますか？

（はい ・ いいえ）

6. 今までに大腸カメラを受けたことがありますか？

（はい ・ いいえ）

7. 現在治療中、または今までにかかったことがある病気に○をしてください。

・狭心症 ・心筋梗塞 ・不整脈 ・脳梗塞 ・緑内障 ・前立腺肥大（男性のみ）

・その他（ _____ ）

8. 現在、内服しているお薬はありますか？

（はい ・ いいえ）

そのなかで血をサラサラにするお薬を飲んでいますか。

（はい ・ いいえ）

（内服薬 _____ ）

※お薬手帳をお持ちの方はお知らせください

9. 薬や食べ物でアレルギーはありますか？

（はい ・ いいえ）

はいの方 薬（ _____ ） 食べ物（ _____ ）

その他（ _____ ）

10. アルコールは飲みますか？

（はい ・ いいえ）

（ 毎日 ・ 時々 ・ 飲まない ） 飲酒量 1日（ _____ ） （ _____ ） 年間

11. タバコを吸いますか？ （ 吸わない ・ 以前吸っていた ・ 吸っている ）

1日（ _____ 本 ） × （ _____ ） 年間

12. この1年間で健診（特定健診または高齢者健診）を受診しましたか？

（はい ・ いいえ）

（時期： _____ 月頃 指摘事項： _____ ）

13. 女性の方のみお答えください

現在、妊娠または可能性はありますか？

（はい ・ いいえ）

現在、授乳中ですか？

（はい ・ いいえ）