

診療申込書

・ ID: (新患 ・ 受診歴あり) 申込み日: 年 月 日

フリガナ			性別	生年月日		
名前			<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		
			<input type="checkbox"/> 女			
現住所	〒					
連絡先	ご自宅					
	携帯電話					
<div>・ お仕事中、通勤中のおケガですか？ いいえ・はい（ 事業所名： 連絡先： ）</div> <div>・ 交通事故ですか？ いいえ・はい（ 相手がいる事故 ・ 単独事故 ）</div>						
				受付	登録	確認

問診票

ID

申込み日： 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日	年齢
名前		<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	
		<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	
		年 月 日	才	
急変時等 連絡先	本人以外の連絡先を記入をお願いします。 氏名 続柄			

本日の受診は工作中、交通事故のケガですか？

- ☐ 工作中、通勤中のケガ
☐ 交通事故によるケガ → 【相手のいる事故・単独事故】

マイナ保険証利用の方

マイナ保険証による情報取得に同意しますか？ ☐ 同意する ☐ 同意しない

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。

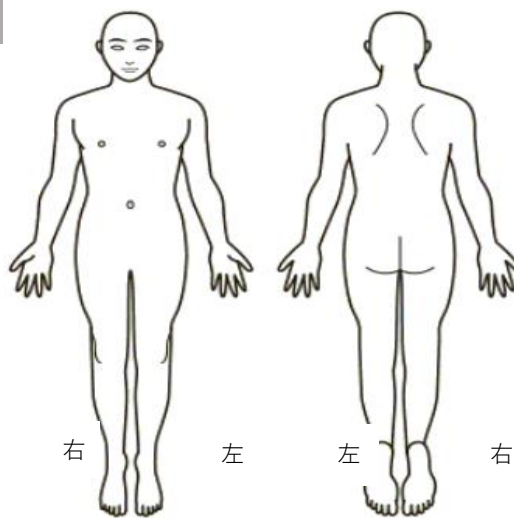
紹介状をお持ちですか？ ☐ いいえ ☐ はい → 紹介状は受付にお出し下さい。

現在、入院中または
施設入所中ですか？ ☐ いいえ ☐ はい → [他医療機関受診時に係る情報提供書] を受付へお出し下さい。
(病院・施設名： 診療科：)

本日の症状はいつからですか？

- ☐ 年 月 日 時頃 ☐ 日前 ☐ 週間前
☐ ケ月前 ☐ 年前
☐ 不明

どのような症状ですか？



※お怪我の部位、痛い所等上図に図示してください。

受診歴のある方で住所、電話番号等変更がありましたら受付へお申し出ください。

※裏面の記入もお願いします。

今までかかったことある病気はありますか？			
<input type="checkbox"/> 特になし			
<input type="checkbox"/> 高血圧症	歳頃	病院名	<input type="checkbox"/> 現在治療中
<input type="checkbox"/> 心疾患	歳頃	病院名	<input type="checkbox"/> 現在治療中
<input type="checkbox"/> 糖尿病	歳頃	病院名	<input type="checkbox"/> 現在治療中
<input type="checkbox"/> 脳疾患	歳頃	病院名	<input type="checkbox"/> 現在治療中
【 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> その他 () 】			
<input type="checkbox"/> 脂質異常	歳頃	病院名	<input type="checkbox"/> 現在治療中
<input type="checkbox"/> 喘息	歳頃	病院名	<input type="checkbox"/> 現在治療中
<input type="checkbox"/> その他	歳頃	病院名	<input type="checkbox"/> 現在治療中
【 病名 () 】			
身長	cm	体重	kg
入院・手術をしたことがありますか？			
<input type="checkbox"/> ない			
<input type="checkbox"/> ある	歳頃	病名	病院名
	歳頃	病名	病院名
現在服用されてる薬がありますか？			
<input type="checkbox"/> ない			
<input type="checkbox"/> ある お薬手帳や処方内容の分かるものをお持ちでしたら看護師にお出し下さい。			
お酒は飲みますか？			
<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む (ml/日)			
タバコは吸いますか？			
<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う (本/日 年前から) <input type="checkbox"/> やめた (年前から)			
薬や食べ物等のアレルギーはありますか？			
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()			
女性の方へ			
現在生理中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい			
現在妊娠中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい			
現在授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい			
その他何か医師に伝えたい事等ありましたらご記入ください。			
☆交通事故が原因の場合記入をお願いします。			
警察へ届け出はされましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
保険会社へは連絡されましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
交通事故されたのはいつですか？ 年 月 日 時 分頃			
今回の事故のお怪我で他の病院へ受診されましたか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい			
(病院名：)			

Ns. _____