

# 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  にシ印を入れてください。

太枠内をご記入ください。

<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"/> 耳鼻いんこう科	<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"/>

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)				
フリガナ					
お住いの住所	〒	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	市区郡
住民票のある住所 <input type="checkbox"/> 同上	〒	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	市区郡
電話	自宅	(	)	-	
	携帯電話	(	)	-	
	緊急連絡先(続柄)	(	)	-	

該当するにシ印を入れてください。

他医療機関からの紹介

健康診断・人間ドック等受診のため

他医療機関に入院中・施設入所中

仕事・通勤・交通事故の治療のため

その他 ( )

「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5,500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3,300円が必要になります。

備考欄

保険証返却受け取りサイン

- 紹介状をお持ちの方は、初診受付にご提示ください。
- 紹介状をお持ちでない方は、初診時選定療養費として、医科は5,500円、歯科は3,300円が必要です。
- 毎月、健康保険証の確認が必要です。初診受付または保険確認受付にご提示ください。

受付者	登録者

裏面の問診票もご記入ください

市立ひらかた病院

# 外来共通問診票

日付( 年 月 日 )

ID ( )

氏名 ( )

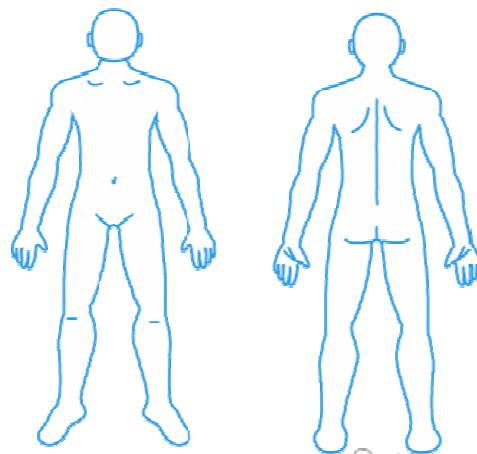
性別 ( 男 ・ 女 ) 年齢 ( ) 歳

身長 ( ) cm 体重 ( ) kg

1. 今日はどうされましたか？ 症状をお書きください

部位を○印で記入してください

いつから  
どこが  
どのように



2. 治療や検査などを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)

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？

( 病院・医院 診療科: 科 )

5. 現在、治療中の病気はありますか？

はい 治療中の病気をお書きください  いいえ

( )

既往歴：過去にかかった病気はありますか？

あり  なし

(  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 ( ) )

6. 現在、飲んでいるお薬はありますか？

はい ( )

※お薬手帳をお持ちの方は、各ブロック受付でご提示ください

いいえ

7. アレルギーについて

食べ物や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 ( )

8. 嗜好品：タバコ ( 本/日：喫煙歴 年 )  なし

アルコール ( ビール・日本酒・焼酎・ワイン・ウィスキー： /日 )  なし

9. 女性の方へ 妊娠していますか？

はい  いいえ  わからない  授乳中