

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
先に順番券機で受付票をお取りください。

希望の受診科の にし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	〒	□□□□	-	□□□□	市区郡
住民票のある住所 <input type="checkbox"/> 同上	〒	□□□□	-	□□□□	市区郡
電話	自宅	()	-	
	携帯電話	()	-	
	緊急連絡先(続柄)	()	-	

該当するにし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

- 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7,700円、歯科は5,500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。

裏面の問診票もご記入ください

市立ひらかた病院

受付者	登録者

2022.10

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

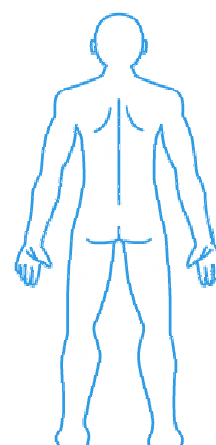
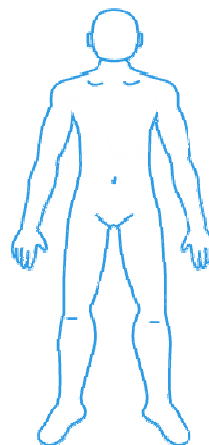
1. 今日はどうされましたか？ 症状をお書きください

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か月間)

 はい いいえ

[国名:]

4. 現在、通院中の病院や医院はありますか？

病院・医院

診療科:

科

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 (予定日 年 月 日) いいえ わからない 授乳中ピルを内服していますか はい (薬剤名) いいえ