

[患者番号]	[紹介状]	[診察券]
--------	-------	-------

対応者	入力者	確認者
-----	-----	-----

診 療 申 込 書

受付年月日	令和 年 月 日	当院は初めてですか	はい ・ いいえ ・ 不明
フリガナ			生年月日
患者氏名	男 女	M S R	T H 年 月 日(才)
現住所	〒 都府 道県 市郡		
	[自宅番号] — () —		[携帯番号] — () —
緊急連絡先	[お名前]	[続柄]	[電話番号]
帰省先	[お名前]	[電話番号]	

※本日の受診科に ○を付けてください 受診科不明な方は受診科不明に ○を付けてください→ 受診科不明

本日の受診科	内科 / 小児 / 外科(金曜のみ) / 整形 / 脳外 / 泌尿 / 産婦 / 皮膚(水・木曜のみ) / 心療(金曜のみ) / 耳鼻いんこう(月・金曜のみ) / 神内(木曜のみ) / 眼科(月・水曜の午後)
--------	---

※以下の事項について ○を付けてください

① 他の医療機関の紹介状をお持ちですか	いいえ ・ はい
② 右の[カッコ内]事項に該当しますか	いいえ ・ はい [交通事故・労働災害・公務災害・通勤災害]
③ 薬物アレルギーをお持ちですか	いいえ ・ はい
④ お薬手帳をお持ちですか	いいえ ・ はい
⑤ 重い病気や手術をしたことがありますか	いいえ ・ はい(内容)
⑥ 現在妊娠していますか(※女性の方)	いいえ ・ はい
⑦ 聴力や視力などに不自由がありますか	ない ・ 聴力 ・ 視力 ・ その他 ()
⑧ 介護保険・サービス受けられていますか?	ない ・ ある ・ 要介護状態区分 ()
⑨ 診療費の支払いについて心配はありますか	ない ・ ある ・ 相談したい

問 診 票

※新型コロナウイルス感染対策のため、次の事項を確認させてください。

本日体温	℃
------	---

- | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| ① 感冒症状・咳などの呼吸器症状、咽頭痛などありますか？ | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| ② 過去14日以内に37.5℃以上の発熱または①の症状ありますか？ | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| ③ 過去14日以内に下関市外への移動歴ありますか？ | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| ④ 過去14日以内に海外渡航歴ありますか？ | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |

いつ頃から、どこが、どのように具合が悪いですか？