

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

対応者	入力者	確認者
-----	-----	-----

診 療 申 込 書

●マイナ保険証（マイナンバーカード）をお持ちですか？●

<input type="checkbox"/> はい (診療情報取得に同意されますか)	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
<input type="checkbox"/> いいえ	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

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	男	生 年 月 日
患者氏名	女	M T S H 年 月 日(才) R

現住所	〒	都 道 市	府 県 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→

本日の受診科	内科 / 小児 / 外科 / 整形 / 脳外 / 泌尿 / 産婦 / 皮膚 (月・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

※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・下痢症状などありますか？	<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日以内に陽性者・濃厚接触者の方との接触はありますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
④ 過去14日以内同居の方で陽性者・濃厚接触者の方との接触はありますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
⑤ 本日付き添いの方はいらっしゃいますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> はい ← ※確認する

いつ頃から、どこが、どのように具合が悪いですか？