

受診申込書(初診時間診票)

年 月 日

紹介患者様以外の初診時の主治医の選択は、できる限りご希望に添うように努力いたしますが、ご希望に添えない場合はご了承願います。また、乳腺外来をご希望の方は別紙になりますので、新患受付へお申し出願います。

受診希望科	内科・外科・整形・眼科・耳鼻科・皮膚科・ペイン・泌尿器・放射線 心療内科・神経内科・物忘れ・脳神経・循環器・呼吸器・リウマチ		
フリガナ			性別
氏名			男・女
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 (才)		
住所	〒		
電話(携帯)	() -	電話(自宅)	() -
紹介状持参の有無	有・無	マイナ保険証の診療情報提供に同意します <input type="checkbox"/> はい	

1. いつから、どこが、どんな具合ですか？ (例：3日前から、おなかが痛い。)	
2. 食欲はどうですか？	普通・あまりない・全くない
3. 便通はどうですか？	普通・便秘(日に1回)・軟便・下痢(1日に 回)
4. 夜はよく眠れますか？	はい・あまり眠れない・いいえ (1日の睡眠時間 時間)
5. 体温はどうですか？	熱感なし・熱感あり(体温 ℃)
6. 妊娠されていますか？	はい・いいえ・判らない(可能性あり)
7. 授乳されていますか？	はい・いいえ
8. お酒は飲まれますか？	飲まない・飲む (1日 酒 合、ビール 本)
9. タバコは吸われますか？	吸わない・吸う (1日 本)
10. アレルギーはありますか？	いいえ・ある 〔食べ物()・お薬()・アトピー〕
11. 次の病気にかかれたことはありますか？	高血圧 心臓病 肝臓病 腎臓病 糖尿病 胃・十二指腸潰瘍 緑内障 喘息 前立腺肥大 肺結核 外傷() 手術() その他() なし
12. 今までに入院されたことはありますか？(例：〇〇年△△月□□(病名)のため約△カ月入院)	
13. 現在、何かお薬を飲まれていますか？	いいえ・はい(科 薬名)
14. 飲み薬で眠くなったことはありますか？	はい・いいえ
15. 病気が悪性の時、その病名をお知りになりたいですか？	はい・いいえ
16. いいえの場合は、どなたにお伝えしたらよいですか？	(氏名：)
17. 現在、他の医療機関に通院していますか？	はい 施設名： 内容等
18. 直近1年間で健診を受診しましたか？	はい 受診時期： 月頃、指摘事項等
19. その他、何かご希望があればご記入願います。	

※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。