

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ 様 (男・女) 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 紹介状 (あり・なし) \_\_\_\_\_

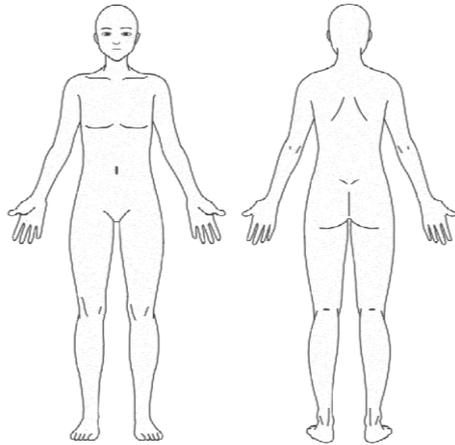
■ 診察希望の科: 整形外科・内科・外科・循環器内科・泌尿器科・脳神経外科・皮膚科・わからない

■ お困りの症状: \_\_\_\_\_ いつから: \_\_\_\_\_

発熱・咳・痰・鼻汁・息苦しい・嘔吐・下痢・めまい・食べられない・飲めない

痛むところ → 頭・のど・むね・背中・おなか・腰・膝・その他 \_\_\_\_\_

その他の症状、部位、希望の検査、ご相談など記載してください。  
具合の悪い部位に○印をつけてください。



※おくすり手帳をお持ちの場合は、ご用意ください。

■ ケガの場合 → 交通事故・通勤 / 工作中的のケガ・その他 \_\_\_\_\_

■ 今回のことで他の病院を受診しましたか。 → 医療機関名: \_\_\_\_\_

※おくすり手帳をお持ちでない場合 → 処方された薬の名前: \_\_\_\_\_

■ 過去の治療(手術)、現在治療中の病気、または健診などでなにか指摘されたことがありますか。

ない

ある → 高血圧・心臓病・糖尿病・脳出血・脳梗塞・前立腺肥大・喘息・がん: \_\_\_\_\_

その他: \_\_\_\_\_

※おくすり手帳をお持ちでない場合

→ 現在、飲んでいる薬の名前: \_\_\_\_\_

■ アレルギーはありますか。薬や食品などで具合が悪くなったことがありますか。

ない

ある → 薬の名前: \_\_\_\_\_ 食品・その他: \_\_\_\_\_

■ 女性の方へ

妊娠している可能性はありますか。 ない・わからない・ある

■ タバコは吸いますか。 吸わない・やめた・吸う → \_\_\_\_\_ 本/日

■ お酒は飲みますか。 飲まない・やめた・飲む → \_\_\_\_\_ 合/日

■ 当院では医学的に必要と判断した場合は輸血を行っています。

あなたは輸血を受けてもよいですか? はい・いいえ

※ 具合が悪く横になりたい方、または車イスが必要な方はお申し出ください。

■この1年間で特定健診または高齢者健診を受診しましたか。

受診していない

受診した (受診月 年 月)

→ 健診結果で指摘事項はありましたか。

なし・あり (指摘内容: )

■マイナ保険証による診察情報取得に同意しますか。

同意する ・ 同意しない ・ マイナ保険証を持っていない

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。

『医療情報取得加算』を算定しております。

初診時 : 1点 再診時(3月に1回) : 1点

1点は10円です。総診療点数により負担金が変わります。

## 予診用紙の記入が必要な方

- ①初めて受診をされる方
- ②久しぶりの受診の方 \*6か月以上、受診のない方
- ③別の疾患で受診を希望される方

受診を希望される方は印刷、記入し受付窓口にて提出してください

また、①②の方は、**診療申込書**も同様に印刷、記入し受付窓口へ提出ください

\*記入の際に不明点がありましたら、来院時に受付窓口にてご確認ください

健康保険証のご提示も必要となりますので、お忘れなくお持ちください

\*マイナンバーカードも対応可能です

発熱等のかぜ症状のある方は、  
体調不良・発熱している方 対象 問診票 となります

ただし、**完全予約制**です。  
受診当日、必ずお電話にて予約をお願いします

発熱外来 月曜日 ～ 金曜日（祝日除く）  
14時～  
予約受付 当日8時30分から電話にて受付