診療申込書(初めての方はこちらにお書き下さい)

				年	月	日
ふりがな						
お名前:						男
					様	•
					121	女
生年月日:大正・日	召和・平成・令和	年	,	月	日 (才)
住所:〒(_)		世帯主		
				世帯主と	の続柄	
電話:						
携帯:						
当院にかかった事	ぶありますか?		あ	ŋ ·	なし	
保険種別	国保・後期高齢	・社保・その他	要介	護 1・2	• 3 • 4 • 5	
いずれかに〇	労災 (仕事中)	• 自賠(交通事故		,,,,,	2 1	

*保険証、受給者証、高齢者医療証等は必ずこの申込書と共にお出し下さい

★裏面に続きます

問診表

<u>氏名</u>		身長(cm)/体重(kg)
			職業()
1,	本日は、交通事故のけがでしょうか?	□はい	□いいえ	
2,	本日は、労災保険を使いますか?	□はい	□いいえ	
3,	本日は紹介状をお持ちですか? ※「はい」の		□いいえ を受付へご提出ください。	
4,	本日の症状を教えて下さい。 「痛い しびれる 」動きに 」腫れている □つっぱる □何か出 □傷がある □やけど □その他(こくい 右		たなります
5,	症状のある場所(右図)に○をつけて下さし	, \ .	Time Time Time	1/1
6,	その症状はいつから出ましたか?		() (= (= (
7,			□ひねった □切った	
8,	□はさんだ □その他(現在、当院以外で <u>通院</u> していることは何かる	ありますか?	r)
	□はい:診療科≪内科・整形外科・外科・原□いいえ※治療病名について教えてください(支膚科・泌尿	器科・脳神経外科・そ	:の他≫)
	※内服薬がある場合には、お薬手帳を	一緒にお出し	ください。	,

9,	過去に入院や手術をした経験がありますか? □いいえ □はい()
10,	薬や食べ物でアレルギーはありますか? □いいえ □はい ()
11,	女性の方にお聞きします。現在、妊娠中あるいは妊娠している可能性がありまっ 一不明 □いいえ □はい(週目)	すか?
	以降は、マイナ保険証を利用された方にお聞きします	
12,	本日は、マイナ保険証による診療情報取得に同意されていますか? □はい □いいえ	
13,	この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか? □はい □いいえ	
	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おります。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(初診時) 加算1 3点(マイナ保険証の利用がない場合) 加算2 1点(マイナ保険証を利用した場合) ◆医療情報取得加算(再診時・3か月に1回) 加算3 2点(マイナ保険証の利用がない場合) 加算4 1点(マイナ保険証を利用した場合)	