## 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:						
当院にかかった事がありますか?			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> </u>		身長(	cm)/体里( kg	5)
			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」の方		□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。	くしヽ <sup>を</sup>		<del>-</del>
5,	症状のある場所(右図)に〇をつけて下さい	•	Tun \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \	4
6,	その症状はいつから出ましたか?		\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \	
7,	( )から その原因に心当たりはありますか? □いいえ □はい → □転んだ □落ちた □ □はさんだ □その他 (	ぶつけた	□ひねった □切った	
8,	現在、当院以外で通院していることは何かあ	りますか <i>'</i>	?	
	□はい:診療科≪内科・整形外科・外科・皮□いいえ ※治療病名について教えてください(			)
	※内服薬がある場合には、お薬手帳を一	緒にお出し	く <u>にさい。</u>	

9,	<b>過去に入院や手術をした経験がありますか?</b> □いいえ □はい(	)
10,	<b>薬や食べ物でアレルギーはありますか?</b> □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す。 □不明 □いいえ □はい( 週目)	<b>すか?</b>
	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・システム基盤整備体制充実加算(初診時)	

加算1 6点(マイナ保険証の利用がない場合) 加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)

◆情報・システム基医療基盤整備体制充実加算(再診時・月1回) 加算3 2点(マイナ保険証の利用がない場合)