

診療申込書

REGISTRATION FORM

紹介状・CDをお持ちですか？ DO YOU HAVE A REFERRAL LETTER・CD? <input type="checkbox"/> 紹介状 <input type="checkbox"/> CD		No.	受付 DATE	年 YEAR	月 MONTH	日 DAY
フリガナ			旧姓			
患者氏名	FULL NAME (BLOCK LETTERS)		性別 SEX	男・女 M・F		
生年月日 DATE OF BIRTH	1. 大正 3. 平成 2. 昭和 4. 令和		年 YEAR	月 MONTH	日 DAY	
現住所 ADDRESS IN JAPAN	〒					
				電話 TELEPHONE No.	()	
緊急連絡先 AN EMERGENCY ADDRESS	(未成年保護者氏名) (続柄)		電話 TELEPHONE No.	()		
勤務先 THE PLACE OF EMPLOYMENT				電話 TELEPHONE No.	()	
右記に該当する方は○をしてください。			交通事故 ・ 労災予定			

マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？

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・システム基盤整備体制充実加算(初診時) 加算1 6点 加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)

お願い：診療申込書に保険証を添えてお出してください。

紹介状をお持ちの場合は、診療申込書と保険証に添えてお出してください。

医療法人 三慶会

指扇病院

発熱外来 問診票

氏名： 年齢： 歳

来院時の体温 °C

お車でご来院の方のみ記入ください

車種：	色：	ナンバー：
-----	----	-------

1. いつ頃から症状がありますか？

① 月 日 時頃 . °C ② 月 日 時頃 . °C

2. 下記の当てはまる項目に○をつけてください

- ① 味覚・嗅覚障害 ② 頭痛 ③ 咳・くしゃみ ④ だるさ ⑤ 息苦しさ ⑥ 吐き気 ⑦ おう吐
 ⑧ 腹痛 ⑨ 下痢
 ⑩ その他にも症状があれば、詳しくご記入ください。

()

3. 新型コロナまたはインフルエンザ陽性の方と接触があった場合、下記の質問にお答えください

- ① 新型コロナ陽性者との接触 ② インフルエンザ陽性者との接触

いつ頃： _____

いつ頃： _____

誰と(その方とのご関係)： _____

誰と(その方とのご関係)： _____

4. 新型コロナワクチン接種について、下記の当てはまる項目に○をしてください

- ① ワクチン接種していない ② 3回以上接種した ③ 2回接種のみ ④ 1回接種のみ

5. 現在、治療中の病気はありますか？

- ・ 「いいえ」
- ・ 「はい」 内容 _____

6. 現在、飲んでいるお薬がありますか？

- ・ 「いいえ」
- ・ 「はい」 内容 _____

7. お薬や食べ物にアレルギーがありますか？

- ・ 「いいえ」
- ・ 「はい」 内容 _____

8. 現在、または過去に喫煙歴がありますか？

- ・ ある ・ ない

9. 妊娠している可能性がありますか？

- ・ ある ・ ない