診療申込書

| 年 月 日 ID: | | | |
|--|-------------------|-------------|--------------------------|
| ふりがな | 性 別 | 御職業 | |
| 氏名 | 男性・女性 | | |
| 生年月日: 大正・昭和・平成 年 | 月 | - 日生まれ (|)歳 |
| 現住所:〒 | | | |
| 電話番号:() — — | 携帯: | _ | _ |
| 緊急連絡先:() — — | 名前: | Ř | 続柄: |
| ※当院をどこでお知りになられましたか? ホームページ・新聞・広告・看板・電柱看板・家族の紹介・知人の紹介 (様)・ 他院の紹介 (・・その他 () | | | |
| 1. 本日はどのような症状・または目的があって来院されましたか? | | | |
| (| | |) |
| それはいつ頃からですか? | (| |) |
| 2. 内視鏡検査希望の方にお尋ねします。希望するものに○を付けて下さい。 1.胃カメラ 2.大腸内視鏡検査 3.両方の検査 ・内視鏡検査の術者に希望がある場合は○を付けて下さい。 1.院長 2.その他の先生 () 3. 特に希望なし | | | |
| 3. 現在治療中の病気をお持ちですか? …はいと答えた方 いつ頃(|)病名 | (| (はい・いいえ)) |
| 4. 今までにかかった重篤な病気、手術、 …はいと答えた方 いつ頃(| 怪我等はありま) 病名 | | (はい・いいえ)) |
| 5. この1年間で健診(特定健診及び高齢受診時期() | 者健診に限る)を 指摘事項(| 受けましたか? | (はい・いいえ)) |
| 6. 今までに輸血を受けた事がありますな |)>? | | (はい・いいえ) |
| 7. 薬・注射・食べ物でアレルギーをおも …あると答えた方 | っちですか? 内容 | (| (ある・ない)) |
| 8. 両親・兄弟・その他血族の方で糖尿りいらっしゃいますか? …いると答えた方 その方との | | | ておられる方は (いる・いない)) |
| 9. あなたの今の状態についてお尋ね致します。 ・現在の食欲(ある・普通・ない) ・睡眠(眠れる・普通・眠れない) ・便通 (日に回)・血混じりの便(ある・ない) ・たばこ(吸う:1日約本・吸わない) ・お酒飲む:1日平均:ビール・酒・焼酎・その他 cc・飲まない) | | | |
| 10. 癌が見つかった場合、あなた自身に知らせて欲しいと思いますか? (はい・いいえ) | | | |
| 11. ここからは女性の方だけにお伺い致します。・月経(順調・不順・閉経: 歳)・妊娠していますか?(はい: ヶ月・いいえ・わからない) | | | |

同意書

ID:

記入日: 年 月 日

(40 歳以上の方)過去の健康情報を当機関に提供することに同意しますか。 当該情報は、診察や健康管理のために使用します。

同意する 同意しない・40歳未満の方

過去のお薬情報を当機関に提供することに同意しますか。 当該情報は、診察や健康管理のために使用します。

同意する 同意しない

過去の診療情報等を当機関に提供することに同意しますか。 当該情報は、診療や健康管理のために使用します。

同意する 同意しない

特定疾病療養受療証情報を当機関に提供することに同意しますか。 保険証登録時必要な為、同意のご協力お願いします。

同意する 同意しない

<u>ふりがな:</u>
名前:
代理人記入欄: 続柄:

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。

> 令和5年4月~12月 辻賢太郎クリニック