

診療申込書

ID :		年 月 日
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 — —
当院をどこでお知りになりましたか？ 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・または目的があつ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・いいえ)  
 …はいと答えた方      いつ頃( )      病名( )
4. 今までにかかった重篤な病気、手術、怪我等はありますか？ (はい・いいえ)  
 …はいと答えた方      いつ頃( )      病名( )
5. この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受けましたか？ (はい・いいえ)  
 受診時期( )      指摘事項( )
6. 今までに輸血を受けた事がありますか？ (はい・いいえ)
7. 薬・注射・食べ物でアレルギーをおもちですか？ (ある・ない)  
 …あると答えた方      内容 ( )
8. 両親・兄弟・その他血族の方で糖尿病・高血圧・癌・肝臓病にかかっておられる方は  
 いらっしゃるでしょうか？ (いる・いない)  
 …いると答えた方      その方との続柄( )      病名( )
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)  
 ・便秘 ( 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せんか？ (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。  
※当該欄への記載が必要か否かについては、職員に確認ください。

同意する      同意しない

ふりがな： \_\_\_\_\_

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。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)

加算1    4点    加算2    2点(マイナ保険証を利用した場合)

辻賢太郎クリニック