

診察申込書

令和 年 月 日

※ご記入の上、受付へ提出して下さい。

ふりがな		生年月日	年齢
受診者名	男 女	平成・令和 年 月 日	歳 ケ月
住所	〒 -		
自宅電話	- -	携帯電話	母： - - 父： - -
記入された方	母・父・祖母・祖父・その他 ()		

1. 今日はどのような症状で受診されますか？該当するものに○をつけて下さい。

- ①発疹(ブツブツ)がある ③風邪症状(熱・せき・鼻水・下痢・嘔吐・頭痛・腹痛)
 ②ほっぺたが腫れた(耳下が痛い) ④その他()
 ※①②に該当する方は受付にお申し出下さい。 詳しくは診察室にてお伺いします。

2. 今回の症状で他の病院・医院で診てもらっていますか？

- いいえ
はい (どこで: _____ いつ頃: _____)
 ※処方がある場合は、診察の時にお薬の説明の紙をお見せ下さい。 他院からの紹介状あり

3. 持病や常用薬がありますか？

- ない
ある (病名: _____ かかりつけ病院: _____)

4. これまでに入院や手術を受けたことはありますか？

- いいえ
はい (病名: _____ 病院: _____ 時期: _____)

5. アレルギーはありますか？

- いいえ
はい (薬・食べ物・花粉) ⇒ 具体的に (_____)

6. 今までにかかった病気に○をつけて下さい。

- はしか、風疹、みずぼうそう、おたふくかぜ、突発性発疹、喘息、熱性けいれん、
 その他 ()

 当院では患者さんの取り違え防止のため、お名前でお呼びしています。
 また、診療上の理由等でご記入いただいた電話番号あてに、連絡させていただくことがございます。
 御同意いただけない場合は受付にお申し出下さい。

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。

7. マイナンバー保険証をお持ちの方 → マイナ保険証による診療情報取得に同意する

やぶたこどもクリニック