

診療申込書

年 月 日

時 分

太枠のみ記入してください

業務中のケガの場合は、必ず受付事務・看護師に伝えてください。

希望受診科を ☑で記入して ください。	☐ 内 科		☐ 小 児 科		☒ 外 科 ☐ 労災 ・ ☐ 交通事故	
受 診 者	フリガナ		男 ・ 女	年 齢	大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令	
	氏 名			歳	年 月 日生	
	フリガナ	※アパート・マンション名、部屋番号までご記入ください。				
	住 所	〒				
	受診者の勤務先	自宅TEL			携帯TEL	
	受診者の勤務先				保護者名	
本日保険証の有無		有 ・ 無		国籍		
☆小児が受診される場合、薬の量の目安とするため体重を記入してください。 kg						
1	(マイナ保険証の方) 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					
2	いま、どのような症状ですか？ いつからですか？ (今日 ・ 昨日 ・ 日前から) 熱が高い(℃) 月 日ころから (℃) (頭 ・ 胸 ・ 腹) が痛い ・ 息苦しい ・ けが その他の症状					
3	大きな病気、又は手術をしたことがありますか？			ある 病名	ない	
4	薬や注射・手術麻酔で、発疹やショック、異常反応を起こしたことがありますか？			ある 薬品名	ない	
5	アレルギー体質といわれたことがありますか？ ぜんそく・アトピー・牛乳・卵・花粉症・その他()			ある	ない	
6	現在、病院にかかっていますか？			いる 病院名	いない	
7	現在、使用している薬(内服・坐薬・ぬり薬等)はありますか？ お薬手帳をお持ちの方は受診時、医師又は、看護師にお渡しください。			ある 薬品名	ない	
8	妊娠していますか。また、妊娠している可能性はありますか？			ある	ない	
9	本日、付き添いの方はいらっしゃいますか？			いる	いない	

交通事故の保険証利用は、保険会社にお問い合わせください。労災の場合は、保険証の使用ができません。

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致します。

以下医療センター記入欄

※下記項目に該当しない場合は患者様にセンター内に入ってもらい、体温測定を実施、診療申込書を記載してもらう。
 ※下記項目に該当する場合は受け付けが診療申込書太枠内を電話で聞き、記載する。

○ 24時間以内に37.5℃以上の熱があったか はい (℃) ・ いいえ 現在の体温 (℃)

○ 解熱剤を内服したか はい (日 時頃) ・ いいえ

○ 家族および同居人にコロナ感染症に罹患している、または感染の疑いのある方がいるか いる ・ いない

○ 家族および同居人で1週間以内にコロナに感染した、またはその疑いのある方がいるか いる ・ いない

※ 当センターは患者様の個人情報保護のため、診療申込書内容や診療により保有した個人情報について、保護を徹底し当センターの利用目的以外には使用いたしません。
 ※ 「新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 診療の手引き」を参考に感染予防対策を講じているため、特定疾患療養管理料を算定させていただきます。
 ※ 当センターは、マイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者の診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めている医療機関 (医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関) です。