

時間 _____

ID 番号 _____

診療申込書

※太枠内を記入し、保険証を添えて『⑥新患受付』窓口へお出しください。
(紹介状をお持ちの方は⑧窓口へお出しください)

黄No. _____

互助会 (五病 中病 ななえ 百楽)

集検にて初診を算定	保険証確認済み	選定療養費の説明	印	高齢者(前期・後期)	割	R.現Ⅲ 26	T.現Ⅱ 27	A.現Ⅰ 28	7.一般 29	8.低Ⅱ 30	9.低Ⅰ 30						
乳子	道 90	道+市 91	独自 92	初	1割 負担入力	ひ親	道 93	道+市 94	独自 95	初	1割 負担入力	重度	道 45	道+市 46	独自 47	初	1割 負担入力

受診日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診する科に○をつけてください。

11 消化器内科	14 腎臓内科	17 総合診療科	23 心臓血管外科	30 整形外科	50 泌尿器科	70 産科・婦人科
12 循環器内科	15 放射線治療科	20 外科	25 皮膚科	35 脳神経外科	55 形成外科	80 眼科
13 呼吸器内科	16 放射線診断科	22 呼吸器外科	29 麻酔科	40 小児科	60 耳鼻咽喉科	85 歯科口腔外科

フリガナ	性別
患者さまのお名前	男・女

生年月日 明治・大正・昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 才

ご住所 (渡島管内以外にお住まいの方は都道府県からお書き下さい)

ご自宅の電話 () - 交通事故の場合 保険会社名: _____

携帯電話 - - 仕事中的ケガの場合 事業所名: _____

被保険者氏名(保険証の本人) 続柄 _____ 住所・TEL等 _____

その他のご連絡先 _____ (_____ 様方)

旧姓で受診されたことはありますか はい(旧姓 _____)・いいえ

◎現在、通院中の病院はありますか。 ない・ある [医療機関名 _____]

◎今日は、食事をしていますか。 いいえ・はい・水分だけ

◎現在、治療中のお薬 ない・ある ※お薬手帳をお持ちの方は、ご用意ねがいます。

◎アレルギーについて 薬・食べ物 ない・ある (_____)
ゴム製品アレルギー - ない・ある
金属アレルギー - ない・ある

◎身長と体重 身長 _____ cm ・ 体重 _____ kg

◎アルコールは飲みますか。 いいえ・はい (毎日・たまに・付き合い程度)
飲む量 _____ を _____ ml (本)

◎タバコを吸いますか。 いいえ・はい 1日(_____)本 (_____)年間 吸っている
やめた(_____)年前迄、1日(_____)本 (_____)年間 吸っていた

◎妊娠の可能性はありますか・・・女性の方へ
いいえ 最終月経 _____ 月 _____ 日 閉経 _____ 才
はい 妊 娠 _____ 月 _____ 日 出産予定日 _____ 月 _____ 日

◎初めて受診する方・・・治療中の病気や今までの病気、ケガ、手術などをご記入ください。
例: 10才～気管支喘息(△△クリニック) 25才 虫垂炎で手術(〇〇病院) など

紙問診

ID

保険

住所

履歴

スキャン

付帯

各科受付

セット

渡し
