

# 診 療 申 込 書

駒込かせだクリニック

記入日 年 月 日

(ふりがな)				生 年 月 日	男 女
お 名 前				大・昭・平・令 年 月 日	歳
住 所	〒 -				
電 話 番 号	自 宅		携 帯		
アレルギー有無	食べ物・薬 ある(具体的に： )・なし				
喫煙の有無	喫煙します( 1日約 本、 年前から)・喫煙しません				
飲酒の有無	飲酒します(1日の量：種類 を ml・本)・飲酒しません				
● 近親者の病歴はありますか？あればご記入ください。(例 父：糖尿病 など)					
ある( )・なし					
来院目的 <input type="checkbox"/> 相談・治療 <input type="checkbox"/> 転医希望 <input type="checkbox"/> 健診 <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 介護申請 <input type="checkbox"/> 検査(具体的に↓) <input type="checkbox"/> 注射・点滴 〔 〕					
持参書類 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 紹介状 <input type="checkbox"/> 健診報告書 その他( )					
何を見て当院を知りましたか？		<input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 知人・家族の紹介 <input type="checkbox"/> 近所だから <input type="checkbox"/> 広告 <input type="checkbox"/> その他( )			
病状 … 発症日 月 日から <input type="checkbox"/> 痛み … <input type="checkbox"/> あたま <input type="checkbox"/> のど <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> おなか その他( ) <input type="checkbox"/> 発熱・倦怠感 <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> 咳・たん <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 皮膚のかゆみ <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> はきけ~嘔吐 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> めまい・ふらつき <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> うつ その他 〔 〕					
現在までにかかったことがある病気		通院中の病気 <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 耳鼻科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 心療内科・精神科 <input type="checkbox"/> 外科 その他~病院名〔 〕 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ 病名 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 癌 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 その他・具体的に 〔 〕			
現在飲んでいる薬~来院までに他でもらった薬		薬のなまえ お薬手帳を持参している方は記入不要です			
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒		〔 〕			
明細書・領収書の発行についてお選びください		<input type="checkbox"/> 簡易領収書(点数と金額のみ記載されたもの) <input type="checkbox"/> 詳細領収書(上記以外に検査項目等も記載されたもの)			

問診は以上です。ご協力ありがとうございました。

\*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。

◆医療情報取得加算(初診時) 加算1 3点(保険証を利用した場合) 加算2 1点(マイナ保険証を利用した場合)