

# 外科診療申込書

フリガナ																									
氏名							性別																		
生年月日							生	満	歳																
住所	〒 -																								
第一連絡先				第二連絡先																					
身長	cm	体重	kg																						
1. 今日、他の医療機関からの紹介状、画像等をお持ちでしょうか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																									
2. マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																									
3. 今日はどのような症状で来院されましたか？																									
<input type="checkbox"/> 腹痛(部位: ) <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 胃痛 <input type="checkbox"/> 胸やけ <input type="checkbox"/> 胃もたれ <input type="checkbox"/> 血便 <input type="checkbox"/> 肛門痛 <input type="checkbox"/> 他院で手術をすすめられた <input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査(胃カメラ)を受けたい <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡検査(大腸カメラ)を受けたい <input type="checkbox"/> ケガ、外傷(部位: , [仕事中のケガ、外傷ですか?: はい・いいえ]) <input type="checkbox"/> その他( )																									
4. いつ頃から症状がありますか？																									
( )																									
5. 今までにかかったことがある病気を教えてください。																									
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 緑内障(眼圧が高い)</td> <td><input type="checkbox"/> 不整脈</td> <td><input type="checkbox"/> 心臓病</td> <td><input type="checkbox"/> 高血圧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 糖尿病</td> <td><input type="checkbox"/> 前立腺肥大症</td> <td><input type="checkbox"/> ぜんそく</td> <td><input type="checkbox"/> 脳梗塞</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 腎臓病</td> <td><input type="checkbox"/> 肝臓病</td> <td><input type="checkbox"/> 胃潰瘍</td> <td><input type="checkbox"/> 大腸ポリープ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> がん</td> <td><input type="checkbox"/> その他( )</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>										<input type="checkbox"/> 緑内障(眼圧が高い)	<input type="checkbox"/> 不整脈	<input type="checkbox"/> 心臓病	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 前立腺肥大症	<input type="checkbox"/> ぜんそく	<input type="checkbox"/> 脳梗塞	<input type="checkbox"/> 腎臓病	<input type="checkbox"/> 肝臓病	<input type="checkbox"/> 胃潰瘍	<input type="checkbox"/> 大腸ポリープ	<input type="checkbox"/> がん	<input type="checkbox"/> その他( )		
<input type="checkbox"/> 緑内障(眼圧が高い)	<input type="checkbox"/> 不整脈	<input type="checkbox"/> 心臓病	<input type="checkbox"/> 高血圧																						
<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 前立腺肥大症	<input type="checkbox"/> ぜんそく	<input type="checkbox"/> 脳梗塞																						
<input type="checkbox"/> 腎臓病	<input type="checkbox"/> 肝臓病	<input type="checkbox"/> 胃潰瘍	<input type="checkbox"/> 大腸ポリープ																						
<input type="checkbox"/> がん	<input type="checkbox"/> その他( )																								
6. 今までに手術を受けた経験はありますか？																									
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <tr> <td>いつ頃ですか?( )</td> </tr> <tr> <td>病名は?( )</td> </tr> </table>										いつ頃ですか?( )	病名は?( )														
いつ頃ですか?( )																									
病名は?( )																									
7. 今までに薬・食べ物でアレルギーが出たことがありますか？																									
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <tr> <td>お薬の名前( )</td> </tr> <tr> <td>食べ物( )</td> </tr> </table>										お薬の名前( )	食べ物( )														
お薬の名前( )																									
食べ物( )																									
8. 麻酔の注射(歯科など)で気分が悪くなったことがありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり																									
9. 現在服用中のお薬はありますか？																									
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → お薬の名前 ( ) ※ 特に抗凝固剤(ワーファリンなど)や抗血小板剤(バファリン、バイアスピリンなど)のように血液を固まりにくくさせる(サラサラにする)薬を内服している時は、必ずお知らせください。 ※ おくすり手帳があれば、ご提示ください。																									
10. 飲酒、喫煙の習慣はありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																									
・アルコール【ビール・ワイン・日本酒・焼酎・その他・飲まない】[ ml/日 ][ 週/月 回 ] ・タバコ【 本/日 ][ 歳~ 歳 ] ・喫煙歴なし																									
11. この1年間で特定健診及び高齢者健診を受診しましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																									
・受診時期【 年 月 ] ・指摘された項目 血圧・脂質・糖尿・尿酸・肝機能・腎機能・尿検査・心電図・胸部レントゲン・その他 ( )																									
12. 女性の方におたずねします。																									
・妊娠の可能性は? : <input type="checkbox"/> あり(妊娠週数: 週 日 ) <input type="checkbox"/> なし ・授乳中ですか? : <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・一番最近の生理は? : 月 日から 日間																									

○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。 □ 看護師確認  
 ○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。

■ 上記症状により診療の申し込みを致します