

診療申込書

カルテ番号

--	--	--	--	--

※太枠の中のみご記入ください。

フリガナ										
患者氏名					性別		男 ・ 女			
生年月日	1 昭和	2 平成	3 令和	年	月	日	歳			
住所	〒 —									
	アパート・マンションの方は部屋番号までご記入ください。 棟 号室									
電話番号	電話番号		()		—					
	携帯電話・スマートフォン		①		— —		続柄 ()			
	(つながりやすい順に)		②		— —		続柄 ()			
受診を希望される科に○をつけてください。	01	02	03	04	05	06	07	08	09	
	整形外科	小児科	泌尿器科	児童精神科	内科	外科	皮膚科	耳鼻咽喉科	眼科	歯科
当院に受診されたことはありますか			ある (S・H・R 年 月頃)		・ なし					
紹介状はお持ちですか			ある (どこから		病院・クリニック)		・ なし			
本日はマイナ保険証を使用しますか			はい*		・ いいえ					
*はい の場合、マイナ保険証による情報取得に同意しますか			はい		・ いいえ					

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お願いいたします。

新患

他科新患

再来新患

保険変更

住所変更

氏名

整形外科問診票

記入者 _____ 西暦 年 月 日

氏名 _____ 年齢 歳 生年月日 西暦 年 月 日生

下記の当てはまる箇所に✓をしてください

マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか はい いいえ

紹介状はありますか あり () なし

本日来所の目的 (どのようなことでみえましたか?)

()

今の症状はいつ頃気づきましたか?

()

家族の方で同じような病気(症状)の方がいる場合はご記入ください。

()

妊娠中のことについてお伺いします。(当てはまるところにレ点チェックをしてください)

妊娠は多胎(双子以上)だった。(1卵性 2卵性)

妊娠中毒症 子宮内発育不全 胎盤早期剥離 妊娠糖尿病

胎内感染 トキソプラズマ 風疹 サイトメガロウイルス 単純ヘルペス

その他 () 切迫流産 切迫早産 染色体異常 ()

異常なし

出産時のことについてお伺いします。

どこの病院で出産しましたか ()

在胎期間 週 日 出産予定日 (月 日)

出生時の体重 (g)

頭位 骨盤位 その他 () 経膈分娩

帝王切開 (原因 前回も帝王切開だったため その他 ()

吸引分娩 鉗子分娩

何人目のお子さんですか? 第 () 子

わかる範囲で記入してください。

アプガースコア 1分 () 点) 5分 () 点)

仮死 あり なし 人工呼吸

黄疸 あり なし 光線療法 () 日)

保育器 () 日) 入院期間 () 日)

その他出生時のことで何かあればご記入ください。

()

運動発達について

首のすわり () カ月) 寝返り () カ月) お座り () カ月)

ずり這い () カ月) 四つ這い () カ月) つかまり立ち () カ月)

つたい歩き () カ月) いざり () カ月) 一人歩き () カ月)

向き癖 右 左 なし

言葉の発達について

問題なし 喃語 意味のある言葉 () 語) 2 語文 3 語文 名前が言える

食事について

乳児期は 母乳 ミルク 混合 偏食(極端な) あり なし

これまでに大きな病気にかかったことがありますか(入院や手術を要する病気など)

はい いいえ 「はい」の方は下記にご記入ください

病名:

時期:

医療機関名:

治療内容:

現在、他の医療機関に通院していますか

はい いいえ 「はい」の方は下記にご記入ください

医療機関名:

受診日:

治療内容:

現在、処方されている薬はありますか(マイナ保険証による情報取得に同意した患者様については直近1ヶ月以内の処方薬を除き、記載を省略可)

はい いいえ 「はい」の方は下記にご記入ください

薬剤名:

用量:

投薬期間:

これまでに薬や食品などでアレルギーを起こしたことがありますか

はい いいえ 「はい」の方は下記にご記入ください

原因となったもの：

症状：

この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受けましたか（マイナ保険証による情報取得に同意した患者様については記載を省略可）

はい いいえ 「はい」の方は下記にご記入ください

受診時期：

指摘事項：

現在、妊娠中または授乳中ですか（女性のみ）

はい いいえ 「はい」の方は下記にご記入ください

妊娠週数：

手帳をお持ちの方は記入してください。

身体障害者手帳（ 級）

療育手帳（ 判定）

家族構成

祖父（ 歳） 祖母（ 歳） 祖父（ 歳） 祖母（ 歳）



性別 () () () () ()

年齢 (歳) (歳) (歳) (歳) (歳)

同居の方を線で囲んでください。

当センターは診療情報を取得・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。