

外来を受診される患者さまへ

当院では診療の安全と質の向上のため、
外来を受診される患者さまに
診察申込書と問診票にご記入いただいております。

外来受付にも書類は置いてございますが
ご希望の方は、事前にご記入の上お持ちください。

ご不明な点は当院受付にてお問い合わせください。

記入書類	記入が必要な方	項
診察申込書	<ul style="list-style-type: none">初めて受診される方住所、名前、連絡先など変更のある方	2
問診票	<ul style="list-style-type: none">初めて受診される方初めての診療科にかかられる方前回と違う症状でかかられる方	
	内科問診票	3
	整形外科問診票	4
	皮膚科問診票	5
	問診票裏面（全科）	6

ご記入いただいた個人情報は当院規定のもとで利用いたします。

診察申込書

年 月 日

太枠の中をご記入下さい。

患者番号					
受診者記入欄	氏名	姓	名	性別	生年月日
				1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成
	住所	TEL () - 携 帯 () - E-mail:			
	勤務先	会社名	TEL () -	連絡先	TEL () -
	当院受診	下記に○を付けて下さい 1 ない 2 ある (年 月頃)			・当院をどこでお知りになりましたか？ 1. 電話帳 2. 新聞(広告) 3. 地下鉄の看板広告 4. 地下鉄以外の看板広告(道路等) 5. ホームページ 6. お知り合いの方から聞いた 7. その他()

当院処理欄

個人情報 は 当院規定のもとで利用いたします

メイトウホスピタル

内科問診票

下記質問事項に答えてください。

受診日:

氏名:	様	年齢:	歳	性別:	男・女
生年月日:	M・T・S・H	年	月	日	携帯電話番号:
郵便番号:					
住所:					
					電話番号: ()
身長:	cm	体重:	kg	職種:	

本日は、どのような内容で診察をご希望ですか？当てはまるところを記入、又は○をつけてください。

●いつ頃から症状はありますか？

年 月 日 時頃

●どのような症状がありますか？

[]

●症状に対して、思いあたる原因は、ありますか？はいと答えた方は、原因を記入してください。

いいえ

はい

{ 疲労がたまった・生活が不規則・家族が風邪 }
{ その他の原因() }

●今回の症状になってから、睡眠・食欲・便通に変化があった方は○をつけてください。

よく眠る事ができない

食欲がない

便通が不規則的

●今回の症状で、他院・薬局等にて治療を受けましたか？

いいえ

はい

どこで・どのような

●当院の用紙で作成する診断書は、必要ですか？

いいえ

はい → 提出先()

●上記以外の事で、何かございましたら記入して下さい。

●薬・注射・食べ物などで、アレルギー症状が出たことは、ありますか？	いいえ	はい	[どのようなもので]
●現在、その他に治療中の病気がありますか？ (経過観察含む)	いいえ	はい	[病名・治療内容]
●入院・手術・輸血の経験はありますか？	いいえ	はい	[年齢・病名]
●アルコールは飲みますか？ ・いいえ ・はい(本 / 日 × 年) ・やめた			
●タバコは吸いますか？ ・いいえ ・はい(本 / 日 × 年) ・やめた			
●現在、妊娠していますか？	いいえ	はい	不明
●現在、授乳中ですか？	いいえ	はい	

●介護保険証をお持ちですか？

いいえ

はい

●裏面の内容は理解できましたか？

いいえ

はい

整形外科問診票

下記質問事項に答えてください。

受診日:

氏名:	様 年齢:	歳	性別:	男・女
生年月日: T・S・H・R	年	月	日	携帯電話番号:
郵便番号:				
住所:	電話番号: ()			
身長: cm	体重: kg	職種:	スポーツ歴: 無 有(× 年)	

本日は、どのような内容で診察をご希望ですか？当てはまる所を記入、又は○をつけてください。

●いつ頃、受傷・発症しましたか？

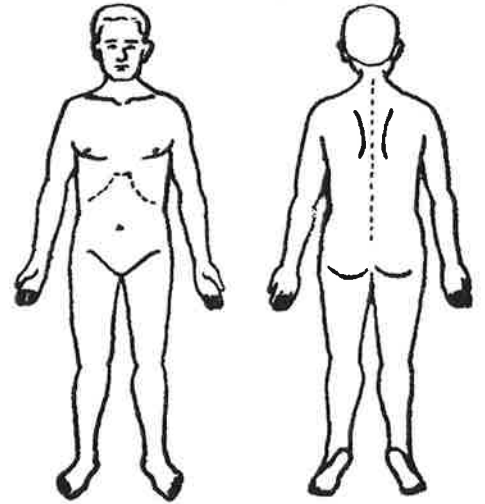
年 月 日 時頃

●何をしていた受傷・発症しましたか？
該当する項目に○をつけて下さい。

スポーツ中・交通事故・仕事中
その他()

●どのような状況になって、受傷・発症しましたか？
該当する項目に○をつけて下さい。

転倒・転落・衝突・打撲
その他()



●右の体の絵を使って、患部全体に○をつけて下さい。

●現在、どのような症状がありますか？

[]

●今回の症状で、他院・薬局等にて治療を受けましたか？

いいえ はい [どこで・どのような]

●当院の用紙で作成する診断書は必要ですか？ いいえ はい→ 提出先()

●上記以外の事で、何かございましたら記入して下さい。

●薬・注射・食べ物などで、アレルギー症状が出たことは、ありますか？ いいえ はい [どのようなもので]	
●現在、その他に治療中の病気がありますか？ (経過観察含む) 病名・治療内容 いいえ はい []	●入院・手術・輸血の経験はありますか？ 年齢・病名 いいえ はい []
●アルコールは飲みますか？ ・いいえ ・はい(本 / 日 × 年) ・やめた	●タバコは吸いますか？ ・いいえ ・はい(本 / 日 × 年) ・やめた
●現在、妊娠していますか？ いいえ はい 不明	●現在、授乳中ですか？ いいえ はい

●介護保険証をお持ちですか？ いいえ はい

●裏面の内容は理解できましたか？ いいえ はい

皮膚科問診票

下記質問事項に答えてください。

受診日:

氏名:	様 年齢:	歳	性別:	男・女
生年月日:	T・S・H・R	年	月	日
郵便番号:			携帯電話 番号:	
住所:			電話番号:	()
身長:	cm	体重:	kg	職種:

本日は、どのような内容で診察をご希望ですか？当てはまるところを記入、又は○をつけてください。

●いつ頃から症状はありますか？ 年 月 日 時頃

●右の体の絵を使って、患部全体に○をつけて下さい。

●どのような症状ですか？ []

●思いあたる原因があれば、記入してください。

虫さされ・かぶれ・アレルギー・その他()

●皮膚以外に症状があれば、該当する項目に○をつけてください。

熱がある・体がだるい・気分が悪い・その他

●体質的な事・日頃の生活などで、思いあたる項目に○をつけてください。

アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・花粉症・喘息(過去も含む)・蕁麻疹が出やすい汗かき・乾燥肌・脂っぼい・生活が不規則・便秘・冷え性・生理不順・その他()

●今回の症状で、他院・薬局等にて治療を受けましたか？

いいえ はい [どこで・どのような]

●当院の用紙で作成する診断書は必要ですか？ いいえ はい→提出先()

●上記以外の事で、何かございましたら記入して下さい。

●薬・注射・食べ物などで、アレルギー症状が出たことは、ありますか？ いいえ はい [どのようなもので]	
●現在、その他に治療中の病気がありますか？ (経過観察含む) 病名・治療内容 いいえ はい []	●入院・手術・輸血の経験はありますか？ 年齢・病名 いいえ はい []
●アルコールは飲みますか？ ・いいえ ・はい(本 / 日 × 年) ・やめた	●タバコは吸いますか？ ・いいえ ・はい(本 / 日 × 年) ・やめた
●現在、妊娠していますか？ いいえ はい 不明	●現在、授乳中ですか？ いいえ はい

●裏面の内容は理解できましたか？ いいえ はい

●紹介状・検査資料等を持参の方は、受付へお出し下さい。

●診療を労災保険で受ける方

●交通事故で診療を受ける方

●診断書・書類等を持参された方

正面受付にて、手続きをお願いいたします。

問診にご協力ありがとうございました。個人情報、当院規定のもとで利用いたします。

医療法人香徳会メイトウホスピタル