診察申込書

年　　月　　日

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏 名			
生年月日	大正・昭和・平成・令和　　年　　月　　日（　　）歳		
住 所	〒　　－ 都 道 府 県		
電 話	自 宅（固定電話）	－　　－	
	携帯電話	－　　－	
	連絡先本人以外	－　　－	

本日の受診は？ ＊該当する項目に☑してください	□ 診察 □ 検査紹介　［ ＣＴ ・ ＭＲＩ ・ 骨密度 ］ □ 健康診断　［ 法定Ａ ・ 法定Ｂ ・ 指定あり ］ ※食事摂取　□あり　□なし □ 予防接種
希望する受診科 （受診科が不明な場合は記入不要です）	□ 内科　□ 呼吸器内科　□ 皮膚科 □ リウマチ膠原病内科 □ 外科　□ 整形外科　□ 形成外科
紹介状はお持ちですか？	はい　・　いいえ
現在通院中の病院または医院はありますか？	はい　・　いいえ
現在服用中の薬はありますか？	はい　・　いいえ はいの場合：薬手帳の持参（□ あり ・ □ なし）

当院はマイナ保険証の利用や問診票等を通じて診療情報を取得、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・活用するためにマイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

ご記入いただいた個人情報につきましては、“個人情報の利用目的”の範囲内で取り扱います。

医療法人 杏林会 今井病院

2025.3

問診票

年　　月　　日

フリガナ		男・女	生年月日
氏　名			大・昭・平・令 年　　月　　日 （　　）才
携帯	ー　　ー		
来院手段	自家用車　・　自転車　・徒歩　・　バス タクシー　・その他（　　）		

スタッフ記入	
BT	
BP	
P	
SpO2	
身長	
体重	

本日はどうされましたか？ （当てはまる症状に✔をつけてください　複数可）	□ 発熱　□ 咳　□ のどの痛み　□ 痰　□ 鼻水 □ 下痢　□ 便秘　□ 吐き気　□ 頭痛　□ 腹痛 □ 腰痛　□ 血圧高い　□ めまい　□ 動悸　□ 息切れ □ むくみ　□ 健診で要精査（　　） □ その他（　　）	
その症状はいつからですか？ 健診や紹介の方は無記入で構いません。	□ 今日　□ 昨日　□ 2～3 日前　□ 1 週間前 □ それ以外　（　　）前から	
今回の症状で他の病院で診察を受けましたか?	□ いいえ	病院名（　　） □ 検査をうけた □ 処方された薬を飲んだ
現在治療中の病気がありますか？	□ なし	□ 糖尿病　□ 高血圧　□ 心臓病　□ 喘息 □ 腎臓病　□ 脳疾患　□ 肝臓病　□ がん □ その他（　　）
薬や食べ物などでアレルギーはありますか？	□ なし	□ 薬　（　　） □ 食べ物（　　）
この１年間で特定健診を受けましたか？	□ いいえ	指摘事項：□ なし　□あり（　　）
（女性の方） 現在妊娠中ですか？	□ いいえ	□ はい　□ わからない

ご協力いただきありがとうございました。

医療法人 杏林会 今井病院

2025.3