

横浜市総合保健医療センター利用申込書および外来問診票

令和 年 月 日

横浜市総合保健医療センター長
外来診療について申し込みます。

利 用 者	(ふりがな) 氏名				(男 ・ 女)
	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和	年	月	日 () 歳
	住所 連絡先	〒 ー 電話 ()			
申 込 者 (代 筆 者)	(ふりがな) 氏名				(続柄)
	住所 連絡先	〒 ー 電話 ()			

(問診票)

I 検査を受けていただくにあたり、以下の質問にご回答願います。わかる範囲で構いません。

1. 当センターで今回の検査を受けるのは初めてですか？	はい ・ いいえ
2. 今までに他の医療機関で今回のような検査を受けたことがありますか？	はい ・ いいえ
「はい」の方・・・それはどちらの医療機関ですか？ 医療機関名	
3. 今までに次の病気にかかったことがありますか？あるものに○をしてください。 高血圧・心臓病・心筋梗塞・狭心症・糖尿病・気管支喘息・血液疾患・肺結核・肝臓病・腎臓病 ・前立腺肥大・緑内障・甲状腺疾患 ・ かかったことはない (その他)	
4. 今までに手術を受けたことがありますか？	はい ・ いいえ
「はい」の方・・・手術をした時期と部位をご記入ください いつごろ？ 手術をした部位？	
5. アレルギーがありますか？	はい ・ いいえ
「はい」の方・・・何のアレルギーですか？	
6. 該当するものに✓(チェック)してください。 <input type="checkbox"/> 体のどこかに金属が入っている(弾丸、脳動脈クリップ等を含む) <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症(狭いところに入ると落ち着かない) <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 磁石でつく特殊な入れ歯 <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 刺青 <input type="checkbox"/> アートメイク <input type="checkbox"/> 該当しない	
7. 飲酒の習慣はありますか？	ない・ある・以前あった
「ある」「以前あった」の方・・・いつ頃、どのくらいの量飲まれていますか？ 才 ～ 才 1回あたり くらい	
8. 喫煙の習慣はありますか？	ない・ある・以前あった
「ある」「以前あった」の方・・・いつ頃、どのくらい量吸われていますか？ 才 ～ 才 1日あたり 本くらい	
9. 利き手はどちらですか？	右 ・ 左
10. 最後の飲食は何時頃ですか？	午前・午後 時 分頃

Ⅱ 診察の参考にさせていただきたく、以下の質問に回答くださるようご協力願います。

1. いつ頃からどんな症状を心配されていますか？	
(いつ頃から？)	
だいたい	位前から
(症状は？)	
2. 現在、ご本人と一緒に住まいの方はどなたですか？ (例：夫、妻、長男、長男の妻、孫娘2人など)	
3. ご兄弟（姉妹）を教えてください（故人を含めて）	
人きょうだいの 番目	
4. お仕事はされていましたが？	していない・している・していた
「している」「していた」方・・・いつ頃、どのようなお仕事をされていましたか？	
(い つ 頃) 才頃 から 才 まで	
(仕事の種類) <input type="checkbox"/> 事務系 <input type="checkbox"/> 技術系 <input type="checkbox"/> 身体を動かす仕事	
<input type="checkbox"/> その他 ()	
5. お子さんはいらっしゃいますか？	いない・いる (人)
6. 今回の受診でご希望されていることがございましたらお書きください。	

ご協力ありがとうございました。

※当センター使用欄
