

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

【利用申込書】

外来診療を申し込みます。

利用者	氏名	ふりがな (男・女)
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 () 歳
	住所 連絡先	〒 - 電話 ()
申込者 (代筆者)	氏名	ふりがな (続柄)
	住所 連絡先	〒 - 電話 ()

【問診票】

I 検査を受けるに際して重要な質問です。必ずお答え下さい。

1. 前回の受診以後、他の医療機関で、お身体の病気について検査か治療を受けましたか？	はい ・ いいえ
2. 「はい」の方・・・それはいつ頃ですか？	位前
3. 「はい」の方・・・それはどちらの医療機関ですか？ 医療機関名：	
4. 該当するものに、✓（チェック）を入れて下さい。 <input type="checkbox"/> 体のどこかに何らかの金属が入っている（弾丸、ステント、脳動脈クリップ等） <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"/> 閉所恐怖症（狭いところに入ると落ち着かない、不安になる） <input type="checkbox"/> 何も該当しない	
5. 最後の飲食は何時頃ですか？	日 () の 午前・午後 時 分頃

 裏面に続きます。

II 診察の参考にさせていただきます。

前回の受診以降の変化について、解る範囲でお答え下さい。

6. 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

(症状等、困ることは？)

7. 今回の受診でご希望されていることがありましたらお書き下さい。

ご協力ありがとうございました。

※当センター使用欄