**再初診（過去に当院の受診歴がある方）用**

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。　　　　　　　　　　　　　記入者：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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　　　（　　　　） |
| 付添（代筆者） | 氏名 | ふりがな |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄） |
| 住所連絡先 | 〒　　　　－ 電話　　　（　　　　） |

【問診票】

Ⅰ　マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか？

□同意した　□一部同意した　□同意していない

Ⅱ　他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？

□持っている　□持っていない

Ⅲ　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。

* 裏面に続きます。

□裏面に続きます。⇒

|  |  |
| --- | --- |
| 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。□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）□ペースメーカー　　□磁石でつく特殊な入れ歯　　□補聴器　　□刺青　　□アートメイク□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）□何も該当しない（裏面に続きます） |
| ５．最後の飲食は何時頃ですか？* 裏面に続きます。
* 裏面に続きます。
* 裏面に続きます。
 | 　　　　　日（　　　）の午前・午後　　　　　時　　　分頃 |

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　　　　　　　　　　　以前から |
| （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。 |

* なお、他の医療機関に入院中の方が当診療所の外来を受診される場合は、医療機関間での事前協議が必要です。来院前に、必ず入院医療機関にご相談下さい。

ご協力ありがとうございました。

|  |
| --- |
| ※当センター使用欄 |

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をお願いいたします。

**◆医療情報取得加算（初診時）１点（マイナ保険証の使用有無にかかわらず）**