

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	〒 ー 電話 ()
付添 (代 筆者)	氏名	ふりがな (続柄)
	住所 連絡先	〒 ー 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。

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？	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			
	体調確認	体温	
		ご自宅	北玄関・受付
	利用者	済 °C	°C
		済 °C	°C
	済 °C	°C	

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）