

診療申込書

依頼担当:

受取担当:

ID _____

当院ドック番号 _____

受付時間 時 分 問診票受取時間 時 分 年 月 日 手続

氏名	フリガナ	住所	□□□-□□□□
	男		
	女	自宅電話 ()	
		携帯電話 - -	
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生 才	職業 ()	・ 学生 ・ 朝日大生

マイナンバーカードを持参しており、マイナ保険証による診療情報取得に同意する。(はい・いいえ)

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)
(1点=10円)

上記「はい」 2点

上記「いいえ」 6点

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。(オンライン資格確認を導入し、上記加算を算定させていただくこととなりました。)

(診察の参考にさせていただきますので、下記の質問にお答えください。)

体温()°C

普段以上に咳・痰・咽頭痛がある (有・無) 普段以上に息苦しさがある (有・無)

※ 上記項目で37.5°C以上熱がある場合、または、いずれか“有”の場合、抗原定性検査を受けていただきます。

(抗原定性検査は、原則、保険診療にて自己負担となります。)

一ヶ月以内の渡航歴 (有 国名())・無)

来院された理由をご記入ください。(外来受診 ・ 当院ドック後精査 ・ 健康診断)

紹介状(※他施設健診後精査等は除きます。)のご持参 (有・無)

いつ頃から :

どのような症状がありますか :

診察(精査)希望の診療科に○をつけてください。

消化器内科	循環器内科	腎臓内科	呼吸器内科	ペインクリニック
糖尿病・内分泌内科	脳神経内科	放射線診断科	内科	頭痛外来
整形外科	脳神経外科	泌尿器科	乳腺外科	
眼科	外科	頭頸部外科・耳鼻咽喉科	皮膚科	
歯科・口腔外科	睡眠医療センター	婦人科	放射線治療科	

診察希望の医師がいましたらご記入ください。()先生

現在、受診または治療中の病気がありますか。

・ なし

・ あり(病名または、症状をご記入ください。)

受診中の医療機関名等 病院 ・ 診療所

医院 ・ クリニック

お薬情報を本日持参 ・ している ・ していない
・ 無し

観血的医療行為を行う場合、感染症予防の観点から、肝炎・梅毒・HIVの検査を当該医療行為の前に行わせていただきます。
※上記に同意されない場合は、その旨を担当医や医療スタッフにお申し出ください。同意されない場合でも、患者さんが不利益を被ることはありません。
ご記入ありがとうございました。この用紙は初診受付にお出しく下さい。 朝日大学病院 2023.07.12