

## 外来を受診される患者さまへ

当院では診療の安全と質の向上のため、  
外来を受診される患者さまに  
診察申込書と問診票にご記入いただいております。

外来受付にも書類は置いてございますが  
ご希望の方は、事前にご記入の上、お持ちください。

ご不明な点は当院受付にてお問い合わせください。

記入書類	記入が必要な方	頁
診察申込書	<ul style="list-style-type: none"><li>・初めて受診される方</li><li>・住所、名前、連絡先など変更のある方</li></ul>	2
問診票	<ul style="list-style-type: none"><li>・初めて受診される方</li><li>・初めての診療科にかかれる方</li><li>・前回と違う症状でかかれる方</li></ul>	
	内科問診票	3
	整形外科問診票	4
	皮膚科問診票	5

ご記入いただいた個人情報は当院規定のもとで利用いたします。

# 診察申込書

年 月 日

患者番号										
受 診 者 記 入 欄	フリガナ			性別	生年月日					
	氏名	姓	名	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 <span style="float: right;">年 月 日 才</span>					
	住所	[〒 - ]								
	勤務先	会社名 TEL ( ) -			連絡先	TEL ( ) -				
	当院受診	下記に○を付けて下さい 1 ない 2 ある ( 年 月頃)			本日の受診科	1 内科    2 整形外科 3 リハビリテーション科 4 皮膚科    5 胃腸科 6 循環器科				
		・当院をどこでお知りになりましたか？ 1. 電話帳 2. 新聞（広告） 3. 地下鉄の看板広告 4. 地下鉄以外の看板広告（道路等） 5. ホームページ 6. お知り合いの方から聞いた 7. その他 ( )								
当院処理欄										

太枠の中をご記入下さい。

個人情報 は 当院規定のもとで利用いたします

メイトウホスピタル



# 整形外科問診票

下記質問事項に答えてください。

受診日: \_\_\_\_\_

氏名:	様	年齢:	歳	性別:	男・女
生年月日:	M・T・S・H	年	月	日	
郵便番号:				携帯電話 番号:	
住所:				電話番号:	( ) ( )
身長:	cm	体重:	kg	職種:	
				スポーツ歴:	無 有 ( ) × 年

本日は、どのような内容で診察をご希望ですか？当てはまる所を記入、又は○をつけてください。

●いつ頃、受傷・発症しましたか？

平成 年 月 日 時頃

●何をしていた受傷・発症しましたか？

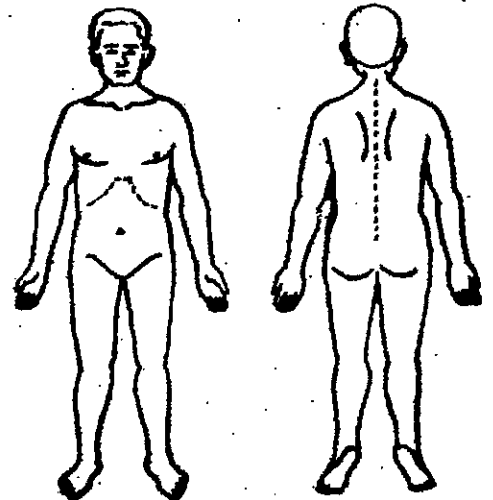
該当する項目に○をつけて下さい。

スポーツ中・交通事故・仕事中  
その他( )

●どのような状況になって、受傷・発症しましたか？

該当する項目に○をつけて下さい。

転倒・転落・衝突・打撲  
その他( )



●右の体の絵を使って、患部全体に○をつけて下さい。

●現在、どのような症状がありますか？

[

●今回の症状で、他院・薬局等にて治療を受けましたか？

どこで・どのような

いいえ

はい

●診断書は必要ですか？

いいえ はい → 提出先( )

●上記以外の事で、何かございましたら記入して下さい。

●薬・注射・食べ物などで、アレルギー症状が出たことは、ありますか？		いいえ	はい	どのようなもので
●現在、その他に治療中の病気がありますか？ (経過観察含む)	病名・治療内容	いいえ	はい	
●入院・手術・輸血の経験はありますか？	年齢・病名	いいえ	はい	
●アルコールは飲みますか？	・いいえ ・はい( 本 / 日 × 年) ・やめた	●タバコは吸いますか？		
●現在、妊娠していますか？	いいえ  はい  不明	・いいえ ・はい( 本 / 日 × 年) ・やめた		
●現在、授乳中ですか？	いいえ  はい			

●裏面の内容は理解できましたか？

いいえ

はい

# 皮膚科問診票

下記質問事項に教えてください。

受診日:

氏名:	様	年齢:	歳	性別:	男・女
生年月日:	M・T・S・H	年	月	日	
郵便番号:				携帯電話番号:	
住所:				電話番号:	( )
身長:	cm	体重:	kg	職種:	

本日は、どのような内容で診察をご希望ですか？当てはまるところを記入、又は○をつけてください。

●いつ頃から症状はありますか？ 平成 年 月 日 時頃

●右の体の絵を使って、患部全体に○をつけて下さい。

●どのような症状ですか？ [ ]

●思いあたる原因があれば、記入してください。

虫さされ・かぶれ・アレルギー・その他( )

●皮膚以外に症状があれば、該当する項目に○をつけてください。

熱がある・体がだるい・気分が悪い・その他

●体質的な事・日頃の生活などで、思いあたる項目に○をつけてください。

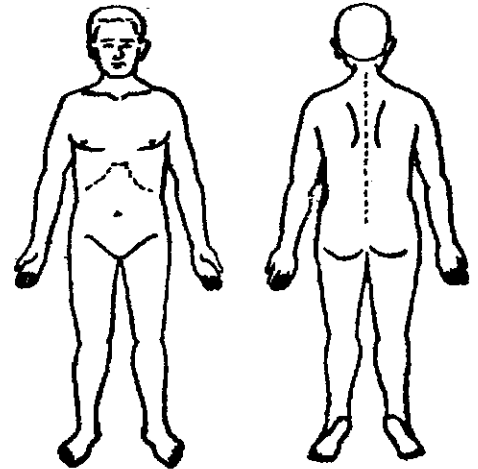
アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・花粉症・喘息(過去も含む)・蕁麻疹が出やすい汗かき・乾燥肌・脂っぽい・生活が不規則・便秘・冷え性・生理不順・その他( )

●今回の症状で、他院・薬局等にて治療を受けましたか？

いいえ はい [ どこで・どのような ]

●診断書は必要ですか？ いいえ はい→提出先( )

●上記以外の事で、何かございましたら記入して下さい。



●薬・注射・食べ物などで、アレルギー症状が出たことは、ありますか？ いいえ はい [ どのようなもので ]	
●現在、その他に治療中の病気がありますか？ (経過観察含む) 病名・治療内容 いいえ はい [ ]	●入院・手術・輸血の経験はありますか？ 年齢・病名 いいえ はい [ ]
●アルコールは飲みますか？ ・いいえ ・はい( 本 / 日 × 年 ) ・やめた	●タバコは吸いますか？ ・いいえ ・はい( 本 / 日 × 年 ) ・やめた
●現在、妊娠していますか？ いいえ はい 不明	●現在、授乳中ですか？ いいえ はい

●裏面の内容は理解できましたか？ いいえ はい