

<初診・再診受付票> ID :

フリガナ 氏名		性別： 男 ・ 女	介護保険証： 有 ・ 無
		住所 〒 _____	
生年 月日	T S H 年 月 日	電話番号：	
		携帯番号：	
身長： _____ c m		体重： _____ k g	

<問診票>

1) 本日は主にどんな症状で来院されましたか。

[_____]

2) その症状はいつから始まりましたか。

今朝・昨日・ _____ 日前

3) 持病はありますか。

はい・いいえ

(病名： _____)

4) 現在飲んでいる薬はありますか。

はい・いいえ

(薬の名前： _____)

5) アレルギーはありますか。

はい・いいえ

(症状： _____)

6) 大きな病気で入院や手術をした経験はありますか。

はい・いいえ

(入院や手術の内容： _____)

7) 輸血の経験はありますか。

はい・いいえ

8) 血のつながった親戚で持病のある人はいますか。

はい・いいえ

(病名： _____)

9) 女性の方→現在妊娠していますか。

はい・疑いあり・いいえ

10) その他 (_____)

<風邪症状の患者様用> 該当するものにチェック☑を入れてください。

38℃以上の発熱がありますか。

咳, 痰, 呼吸困難などの症状がありますか。

熱が出る10日前までに海外旅行、出張、在住していましたか。

(場所： _____)

熱が出る10日前までに熱が出た人、もしくは海外に行ったり住んだりしている人の看病をしていましたか。

(場所： _____)

裏面あり

<当院の診療に関する説明>

医療における様々な検査や治療では、ある一定の割合で副作用や合併症が起こります。これは人間ひとりひとりの体質等も異なるため、完全にゼロにすることは不可能だと言われています。また体質の個人差以外に、施行される検査や治療に関して「医療の不確実性」というものが存在するため、その効能効果を100%享受できる訳ではありません。

しかしながら当院の医療スタッフは専門家として責任を持って医療水準にかなったベストな治療方針を患者様に提案し、なぜそれを選択するのかその益害を十分説明して患者さまにご納得していただけるよう努力をいたします。患者さまと情報を共有し、合意に基づいて治療法を決定することを約束します。患者さまの自己決定に委ねるかどうかは医師の判断で行い、患者さまの自己決定権を保証します。

医療法人淳康会 堺近森病院 院長

堺近森病院附属 近森診療所 分院長

私は以上の内容を読み、納得したので貴院で検査・治療を受けることを承諾します。

令和 年 月 日

署名 _____ 以下余白