

あさぎり病院

外来診察 予約依頼票

FAX送信先:078-912-7574 地域連携室

お問い合わせは、地域連携室 直通電話078-912-7574までお願いいたします。

申込日: 年 月 日

受診希望科 に 「○」を記入	眼科		内科	産婦人科
	白内障	眼瞼	一般内科	産科
	多焦点レンズ	斜視、小児眼科	糖尿病科	一般婦人科
	黄斑	角膜	消化器内科	細胞診異常
	網膜硝子体	PRK (PTK) 依頼	膠原病・リウマチ内科	
	涙道	ぶどう膜炎		
	緑内障、神経眼科	その他		

希望医師 :  無  
          :  有 (          医師)

希望受診日 :  希望日なし  
第1希望 :  月 日  
第2希望 :  月 日  
第3希望 :  月 日

患者様の状況 :  外来待機中  
                   帰宅  
                   入院中 (  退院後受診     入院中受診 )

紹介元医療機関名:  
  
医師名:  
  
所在地:  
  
TEL:  
FAX:

《患者様データ》

フリガナ		男	生年月日・年齢
氏名	(旧姓)	女	年 月 日生 ( 歳)
当科への 受診歴	<input type="checkbox"/> 有 (診察券番号; ) ・ <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 不明		
連絡先		携帯	
紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術    ( <input type="checkbox"/> 医師同士の事前相談 有:                    医師)		
	↓ 診断名・紹介目的 ※必ずご記入ください!!		
	※事前の病状把握のため、できあがり次第、診療情報提供書のFAXをお願いいたします。		
患者様の 状態	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー		

# 予約受付票

日付:

紹介元医療機関

医療法人社団 吉徳会  
あさぎり病院  
〒673-0852 明石市朝霧台1120番地2  
TEL: (078)912-7575  
FAX: (078)913-6763

先生御侍史

TEL:  
FAX:

地域医療連携室  
TEL: 078-912-7574  
FAX: 078-912-7574

この度は、患者様をご紹介いただきまして、ありがとうございます。  
下記の通り、本院での診療予約を受け付けましたので、お知らせいたします。  
「予約受付票」、紹介状、および入院中の場合は通知書を患者様にお渡しください。

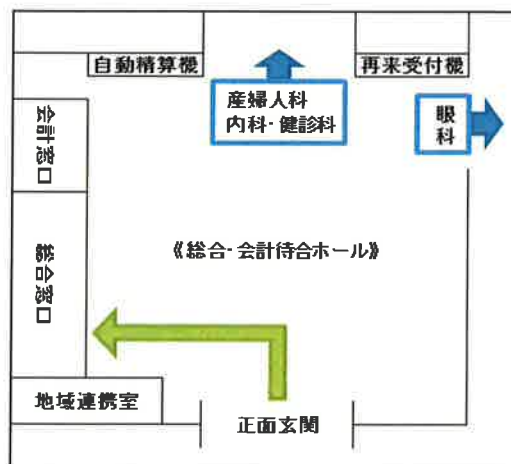
## 記

フリガナ		当院ID	
ご紹介患者氏名			
受診科			
予約日		予約時間	

注) 予約時間は、診療開始時間ではありませんので、ご了承ください。

## 患者様へ

- ・ 予約時間の15～30分前に「予約受付票」、  
「診療申込書」、「問診票」、紹介状、  
保険証、お薬手帳等をお持ちのうえ、総合  
窓口にて受付をお願いいたします。  
※事前に別紙の診療申込書と問診票の  
記載をお願いいたします。
- ・ 当日の診察状況により診察に長時間要する  
ことがあります。
- ・ 予約日時の変更、キャンセルをされる  
場合は予約申込みをしていただいた  
医療機関にご連絡ください。



## 来院時の注意事項

- 全科共通 (新型コロナウイルス感染対策)
  - ・ マスクの着用が必須となります
  - ・ 自宅で検温をお願いいたします  
※37.5℃以上の発熱がありましたら、受診前に必ず当院までご連絡ください
  - ・ 各科にて体調確認を行ないますので、ご協力下さい
  - ・ 付添の方は、極力ご遠慮ください
- 眼科
 

診察の際に散瞳 (もしくは縮瞳) をすることがあります。4～5時間程度、焦点があわなくなったり、まぶしく感じたり (暗く感じたり) します  
お車やバイク等の運転は危険ですので、お避け下さい
- 内科
  - 来院当日は食事を取らずに空腹の状態でお越し下さい
  - 食事制限の必要はありません
- 産婦人科
 

予約時間の30分前にお越し下さい

# 診 療 申 込 書 (太枠内を記入して下さい)

受 付

申込年月日	年      月      日	カルテNo.
-------	-----------------	--------

これまでに当院を受診したことがありますか					はい ・ いいえ
受診希望科に○印	眼科	産婦人科	内科	健診科	

外傷による受診の方 はご記入ください	仕事中的おケガですか	はい ・ いいえ
	通勤中的おケガですか	はい ・ いいえ
	交通事故ですか	はい ・ いいえ

フリガナ				男性 女性	
氏 名	(旧姓)				
生年月日 (西暦可)	大正	昭和	年	月	日生 ( 歳)
	平成	令和			
現住所	〒 -				
電話番号	( ) -				
携帯番号	- -				

産婦人科受診かつ該当される方はご記入ください。

里帰り先	〒 -	( ) 様方
住所		
電話番号	( ) -	

\*保険証をお持ちでない方は自費扱いとなります。

\*ご記入後は、保険証・福祉や高齢者受給者証等を添えて総合受付へご提出ください。

\*紹介状は受付後、各診療科窓口にてご提出ください。

# 産婦人科問診票

( 予約あり ・ 予約なし ) ※予約外の方は待ち時間がかかります。外出希望の方はお声かけください。

氏名	年齢	職業	身長	体重
<input type="checkbox"/> 既婚 (結婚した年齢__才) <input type="checkbox"/> 未婚		性交渉経験 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
持参物	<input type="checkbox"/> 紹介状 <input type="checkbox"/> 他院の検査結果	<input type="checkbox"/> 明石市子宮がん検診クーポン券	<input type="checkbox"/> 基礎体温表	
子宮がん検診はいつ受けましたか ( __年__月__日 ) <input type="checkbox"/> 受けていない				
●初潮__才 / 閉経__才		●生理は順調ですか <input type="checkbox"/> はい ( __日型 ) <input type="checkbox"/> いいえ		
●最近の生理 __月__日 ~ __日間		●その前の生理 __月__日 ~ __日間		
●生理の量 <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 多い		●生理痛 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 気にならない		

## 婦人科診察の方

子宮がん検診希望

裏面もご記入ください

( 筋腫 ・ 卵巣嚢腫 ・ ポリープ )  
他院で診断→\_\_月\_\_日\_\_病院  
 症状：\_\_\_\_\_  
定期検診 → ( 症状あり ・ 変わりなし )

他院で貧血と診断された  
 いつ頃：\_\_年\_\_月\_\_日  
 病院名：\_\_\_\_\_

下腹部痛 → \_\_月\_\_日頃から  
 症状：\_\_\_\_\_  
 他院を受診した ( 病院名：\_\_\_\_\_ )

ピル希望 →目的：\_\_\_\_\_  
アフターピル希望  
 性交：\_\_月\_\_日\_\_時頃  
生理日変更希望

( できもの ・ おりもの異常 ・ かゆみ )  
 いつから：\_\_\_\_\_  
 症状：\_\_\_\_\_

更年期 (スタッフ記入欄：SMI\_\_点)  
 症状：\_\_\_\_\_

生理の悩み  
 症状：\_\_\_\_\_

不正出血 → \_\_月\_\_日頃から  
 出血の量：\_\_\_\_\_  
 下腹部痛： あり なし

健康診断の精密検査  
 病院名：\_\_\_\_\_  
 内容：\_\_\_\_\_

子宮内避妊具の挿入・抜去

尿の症状 → \_\_月\_\_日頃から  
 症状：\_\_\_\_\_

性感染症検査 ( クラミジア ・ コンジローマ ・ 性器ヘルペス ・ その他 )  
 症状：\_\_\_\_\_

その他 ( 症状をご記入ください )

## 妊娠の方

裏面もご記入ください

お産する ( 当院・里帰り\_\_・未定 ) 出産考慮中 中絶希望

・妊娠検査薬 未 済 ( 陽性 ・ 陰性 ) \_\_月\_\_日

・妊娠方法 自然妊娠 他院で不妊治療をした ( タイミング 人工受精 体外受精 )

・他院を受診した いいえ はい ( 病院名：\_\_\_\_\_/ 受診日：\_\_月\_\_日 )  
検査を受けた いいえ はい ※検査結果の提出をお願いします※  
予定日 \_\_年\_\_月\_\_日 未定 ( 妊娠前の体重：\_\_kg )

・出血や腹痛 なし あり ( \_\_月\_\_日~ 症状：\_\_\_\_\_ )

●母子手帳 ( あり・なし ) ●助成券 ( あり・なし ) ●血液型の結果(カード) ( あり・なし・自宅にある )

妊娠 ( ) 回	分娩 ( ) 回	流産 ( ) 回	中絶 ( ) 回	／	<input type="checkbox"/> 妊娠歴なし
分娩年月日	性別	出生体重	出産状態	出産病院名	
S・H・R 年 月 日	男・女	g	正常・帝王切開		
S・H・R 年 月 日	男・女	g	正常・帝王切開		
S・H・R 年 月 日	男・女	g	正常・帝王切開		
S・H・R 年 月 日	男・女	g	正常・帝王切開		

経産婦の方で下記を診断されたことがある  はい  いいえ

妊娠糖尿病  妊娠高血圧症候群  切迫流産、早産  出産時の多量出血

血縁のある方に下記の病気がある  はい  いいえ

はいと答えた方はご記入ください。

心臓病 (誰: )  糖尿病 (誰: )

高血圧 (誰: )  その他遺伝的疾患 (病名: ) (誰: )

下記の病気にかかったことがある  はい  いいえ

高血圧  糖尿病  腎疾患  甲状腺疾患  てんかん

緑内障  精神疾患  原因不明の意識消失  その他 ( )

既往歴  あり  なし

いつ頃 (年齢)	病名・手術名	現在の状態	病院名
年 月 ( )		治癒・治療中・放置	
年 月 ( )		治癒・治療中・放置	
年 月 ( )		治癒・治療中・放置	
年 月 ( )		治癒・治療中・放置	

現在服用している薬がある  はい  いいえ

└ 薬品名 \_\_\_\_\_

└ お薬手帳  あり  なし

●輸血をしたことがある  いいえ  はい

●輸血が必要となった場合に、何か困ることがありますか？  はい  いいえ

●食品アレルギー  なし  あり ( \_\_\_\_\_ )

●薬品アレルギー  なし  あり ( \_\_\_\_\_ )

●アルコール消毒にアレルギー  なし  あり

●喘息  なし  あり ( \_\_\_\_\_ 才で) (現在は  内服中  時々なる  治癒 )

└ 喘息になってから鎮痛剤や風邪薬で息苦しくなったことがある  いいえ  はい

●アトピー  なし  あり

●飲酒  飲まない  時々飲む  ほぼ毎日飲む

●たばこ  吸わない  以前吸っていた  現在吸っている \_\_\_\_\_ 本/日