

診療申込書



該当するものに☑を付けてください。

来院 オンライン診療

記入日	西暦	年	月	日
フリガナ				
患者氏名	生年月日	西暦	年	月
	年齢	歳		
	性別	男性	・	女性
住所（〒 — ）				
電話番号①	—	—	電話番号②	—

連帯保証人（続柄： ）		連絡先希望者（続柄： ）	
フリガナ		フリガナ	
氏名		氏名	
住所（〒 — ）		住所（〒 — ）	
電話番号	—	電話番号	—

診療同意書

1. IGTクリニック（以下当院）では、個人情報極めて重要な情報であることを深く認識し、取り扱いに当たっては院内で定めた事項や医療関係諸法規を遵守し、安全・安心の医療を提供いたします。
2. 当院では、連携医療機関（病院・診療所・薬局・福祉事業者など）との間で、診療に必要な診療情報などを共有する場合があります。
3. 当クリニックでは、本疾患に対する診療の必要性、有効性、副作用、危険性について十分な検討を行い、回答いたします。
4. ご本人およびその代理人は、本診療を受けることに同意したあと、いかなる場合においても診療の中止、撤回ができます。
5. 診療実施中に、当院の担当医師の判断にて診療を一時停止、または終了することがあります。
6. 緊急時においては当院の判断で必要に応じて処置、投薬、輸血、救急施設への搬送を行います。
7. 当院での診療に支障となる行為、または他人に著しい迷惑な行為が見受けられた場合には、当院の判断で診療を中止する場合があります。
8. オンライン診療の場合は、診療費以外にオンライン診療アプリ利用料金として、診察1回について300円（税込：330円）がかかります。

オンライン資格確認システムによる患者様情報等の活用について	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（初診時月1回）（マイナ保険証利用なし）3点（マイナ保険証を利用あり）1点 ◆医療DX推進体制整備加算（初診時月1回）8点
マイナ保険証による情報取得に同意しますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
この1年間で健診（特定健診または高齢者健診）を受診しましたか？	<input type="checkbox"/> はい (受診時期： 月 日 指摘事項：) <input type="checkbox"/> いいえ

初診問診票



記入日	西暦	年	月	日			
フリガナ					生年月日	西暦	年 月 日
患者氏名					年齢		歳
					性別	男性	・
ご職業について	会社員 ・ 自営業 ・ 休職中 ・ 無職 ・ 主婦 【職種(以前の) : _____】						

病名

現在他の医療機関に入院中ですか？ 入院中である 入院中でない

ご関心のある治療内容

- 血管内治療（動注塞栓術）
 …希望される治療部位（ _____ ）
- 温熱治療 免疫治療（自由診療） 再生医療（自由診療）

自由診療（保険外診療）について

- 積極的に取り入れたい 必要なら考えたい
- なるべくやりたくない
- やりたくない どちらでもない

これまでの病歴	詳しい診療情報提供書がある場合には記入不要です

既往症（必須）
歳： _____
歳： _____
歳： _____

アレルギーについて			
抗癌剤に対するアレルギー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（ _____ ）	
造影剤に対するアレルギー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（ _____ ）	
抗生剤に対するアレルギー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（ _____ ）	
その他のアレルギー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（ _____ ）	

現在受診している医療機関について		
医療機関名	医師名	診療内容
当院の治療について… <input type="checkbox"/> 理解があり協力的 <input type="checkbox"/> 理解はないが協力的 <input type="checkbox"/> 協力してもらえない <input type="checkbox"/> 相談していない		
医療機関名	医師名	診療内容
当院の治療について… <input type="checkbox"/> 理解があり協力的 <input type="checkbox"/> 理解はないが協力的 <input type="checkbox"/> 協力してもらえない <input type="checkbox"/> 相談していない		
医療機関名	医師名	診療内容
当院の治療について… <input type="checkbox"/> 理解があり協力的 <input type="checkbox"/> 理解はないが協力的 <input type="checkbox"/> 協力してもらえない <input type="checkbox"/> 相談していない		

新型コロナウイルス感染症について		
ご自身が、新型コロナウイルス感染症にかかりましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
「はい」の方におたずねします		
いつ頃（ 年 月 日 ） ・ 症状（ ）		

がん治療等について	
化学療法 分子標的薬	<input type="checkbox"/> 治療開始予定 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療中止 <input type="checkbox"/> なし
	[薬剤]
	[投与間隔]
	[最終投与日] [予定投与日] 西暦 年 月 日 西暦 年 月 日
放射線治療	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし [ありの場合詳細 をご記入ください]
	部位： 時期：西暦 年 月 日
	医療機関名：
手術	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし [ありの場合詳細 をご記入ください]
	部位： 時期：西暦 年 月 日
	医療機関名：
血管内治療 動脈塞栓術 又は、血管造影検査	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし [ありの場合詳細 をご記入ください]
	部位： 時期：西暦 年 月 日
	医療機関名：
その他の治療	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし [ありの場合詳細 をご記入ください]
	部位： 時期：西暦 年 月 日
	医療機関名：
CVポートはありますか？	<input type="checkbox"/> あり [最終使用日：西暦 年 月 日] <input type="checkbox"/> なし
現状の病状や予後について、主治医より説明されている内容	

	(薬剤名)	(用法・用量)
	<p>現在服用している 内服薬</p> <p>その他の薬については 看護師がお尋ねしま す。</p> <p>※お薬手帳をご持参の 場合は記入不可です。</p>	・ 抗癌剤
・		
・		
・ 抗凝固剤(血液をさらさらにする薬)		
・		
・		
・ 糖尿病薬(血糖を下げる薬)		
・		
・		
・ その他の薬		
・		
・		
・		

該当するものに☑を付けてください。特記すべきことがあればご記入ください。

現在の全身状態について	
活動性 について	<input type="checkbox"/> 日常生活には問題がない <input type="checkbox"/> 通常の仕事が困難 <input type="checkbox"/> 趣味や家事が難しい <input type="checkbox"/> 就労不能 <input type="checkbox"/> 簡単な家事もできない <input type="checkbox"/> ほとんどの行動が制限される <input type="checkbox"/> 活動不能 特記事項：
介助の必要性 について	<input type="checkbox"/> 完全に自立している <input type="checkbox"/> ときに介助が必要である <input type="checkbox"/> しばしば介助が必要である <input type="checkbox"/> ほとんどのことに介助が必要である <input type="checkbox"/> 全介助が必要である 特記事項：
補助具について	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車イス (<input type="checkbox"/> 短距離 <input type="checkbox"/> 長距離) <input type="checkbox"/> その他()
食事摂取状況 について	<input type="checkbox"/> 問題なく食べることができる <input type="checkbox"/> 食事量が減っている <input type="checkbox"/> ほとんど食べられない <input type="checkbox"/> 食事摂取不能 特記事項：
意識状態 について	<input type="checkbox"/> 意識清明 <input type="checkbox"/> 混乱することがある <input type="checkbox"/> 忘れっぽい <input type="checkbox"/> 眠っていることがほとんど 特記事項：
全身のむくみ について	<input type="checkbox"/> 体にむくみがない <input type="checkbox"/> 局所的な浮腫がある <input type="checkbox"/> 全身に浮腫がある 特記事項：
呼吸状態 について	<input type="checkbox"/> 呼吸困難がない <input type="checkbox"/> 動くと呼吸困難がある <input type="checkbox"/> 安静時でも呼吸困難がある <input type="checkbox"/> 酸素吸入がなければ生活できない(在宅酸素をしている) 特記事項：

咳・痰症状 について	<input type="checkbox"/> 咳や痰の症状がない <input type="checkbox"/> ときどき咳や痰がある <input type="checkbox"/> 咳や痰が多い <input type="checkbox"/> 血痰や喀血(かけつ)がある 特記事項：
疼痛症状 について	<input type="checkbox"/> 痛みがない <input type="checkbox"/> 痛みがあるが我慢できる、鎮痛剤で十分に効果がある <input type="checkbox"/> 我慢できない痛みがある、鎮痛剤で十分に効かない 特記事項：
しびれ について	<input type="checkbox"/> しびれがない <input type="checkbox"/> しびれがあるが、生活に支障はない <input type="checkbox"/> しびれがあるため、生活に支障がある 特記事項：
その他、 何か気になることや 困っていること があれば、 お気軽に ご記入ください	

アンケート
<p>○ 当院を受診されたきっかけは何ですか？（複数回答可）</p> <input type="checkbox"/> 主治医からの紹介 <input type="checkbox"/> 主治医以外からの紹介（医療機関／医師名 _____ / _____） <input type="checkbox"/> ご本人またはご家族が希望（希望されたきっかけは何ですか？）（複数回答可） <input type="checkbox"/> 知人・患者会から（ _____ ） <input type="checkbox"/> 薬局・薬剤師から（ _____ ） <input type="checkbox"/> 堀 信一 執筆本 <input type="checkbox"/> それ以外の書籍（書籍名： _____） <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> eメール相談 <input type="checkbox"/> 新聞記事 <input type="checkbox"/> テレビ <input type="checkbox"/> ラジオ <input type="checkbox"/> 暮らしの便利帳 <input type="checkbox"/> その他メディア（ _____） <input type="checkbox"/> セミナー・講演会 <input type="checkbox"/> その他（ _____）

- すべての該当箇所に記入漏れはございませんか？
- すべての記入が終わりましたら、受付へご提出ください。

