

利用者氏名: (ID:)

〈病院記載欄〉

利用者番号		科	病棟	利用開始年月日
		産婦人科	4階西病棟	年 月 日
保険区分	保険確認日	保証金	保証金預かり日	受付担当者
	年 月 日		年 月 日	

産後ケア利用申込書

年 月 日

東京歯科大学市川総合病院長 殿

以下のとおり申し込みいたします。

過去に当院を受診されたことはありますか?		はい ・ いいえ		「はい」の場合は 診察券の番号		
利用者 (母親)	フリガナ				性別	生年月日
	氏名				女	西暦 年 月 日
	現住所	〒□□□ - □□□□		電話 ()		
		自宅以外の連絡先(携帯・その他) () 【 】				
勤務先	名称				職種	
	住所	〒□□□ - □□□□		電話 ()		
お子様	フリガナ				性別	生年月日
	氏名				男 女	西暦 年 月 日
身元引受人	フリガナ				利用者 との 続柄	職業
	氏名					
	性別	男 ・ 女	生年月日	明・大・昭・平		年 月 日
	現住所	〒□□□ - □□□□		電話 ()		
		自宅以外の連絡先(携帯・その他) () 【 】				
勤務先	名称					
	住所	〒□□□ - □□□□		電話 ()		
自己負担金の 支払義務者	フリガナ				利用者 との 続柄	職業
	氏名					
	性別	男 ・ 女	生年月日	明・大・昭・平		年 月 日
	現住所	〒□□□ - □□□□		電話 ()		
		自宅以外の連絡先(携帯・その他) () 【 】				
勤務先	名称					
	住所	〒□□□ - □□□□		電話 ()		

※ 身元引受人と支払義務者は、同一人でも差し支えありません。

※ 利用者と支払義務者は、同一人でも差し支えありません。

東京歯科大学市川総合病院へ産後ケア利用を申し込むにあたり、次の事項を順守します。

- 1 病院の諸規則及び職員の指示を守ります。
- 2 自己負担にかかる費用は、規定のとおり支払います。
- 3 「身元引受人」は、利用中の患者の身上に関する事項について引き受け、退院の指示があった場合は、指定の期日に本人を引き取ります。
- 4 「身元引受人」の記載事項欄に変更があった場合は、速やかにお届けします。
- 5 「支払義務者」は、自己負担金を利用終了日に必ず支払いいたします。
- 6 「支払義務者」の記載事項欄に変更があった場合は、速やかにお届けします。
- 7 申し込み後にキャンセルされる場合は、必ず連絡をお願いします。当日のキャンセルの場合は、利用者から一日分の料金(市からの補助はありません。)を頂きます。

〈1/2〉 2枚目に続く

利用者さまへお願い

入院歴等について記載の確認のお願い

- (1) 利用者さまは、今回の利用の前3ヶ月間に当院に入院していたことがありますか?《 はい いいえ 》
- (2) 利用者さまは、どちらで出産されましたか。

・出産された医療機関名 [] 電話 ()

・出産された医療機関の入院期間 年 月 日 ~ 年 月 日

・入院となった主な傷病名 []

産後ケア利用中の受診について

- (1) 産後ケア中に医療行為の必要が生じた場合は、外来診療で受診することが出来ます。その際は外来保険診療となりますのでご了承ください。

〈2/2〉

COVID-19スクリーニング 問診票

2024 年 月 日 (記入日)

ID		名前		年齢	歳
携帯番号	-	記入者		本人との関係	

本日来院の交通手段：車 救急車 その他

通所または入所施設名 自宅

付き添いの方 家からの時間

【いつからどのような症状がありますか】

【今回の症状でかかった病院の名前・検査・抗菌薬】

医療従事者記入

BT		°C
BP	/	
SpO2	% (r/a)	
呼吸数	回/分	
(酸素投与)	ℓ/分)	

【症状 あり・なし・不明にレ点を】

	あり	なし	不明		あり	なし	不明		あり	なし	不明
37.5°C以上の熱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ のど痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ ニオイ・味の異常	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
咳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ 痰	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ だるさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
息苦しさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ 鼻水・鼻つまり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ 食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
嘔気・嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ 腹痛・下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ 水分摂取の低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
関節の痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ 頻尿・残尿感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ 妊娠・授乳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他 <input type="text"/>				新型コロナウイルスワクチン接種歴	接種回数 <input type="text"/> 回	最終接種日 <input type="text"/> /	ワクチン会社 <input type="text"/>		なし	不明	

【自身のコロナ感染/感染者との接触(1か月以内)】 あり⇒

【同居の方の体調不良者(発熱など)】 あり⇒

【周囲の体調不良者(発熱など)】 あり⇒

【過去の入院・通院していた/している病気 (新型コロナウイルス含む)】

あり (病名など) ⇒

【飲んでいる薬(当院以外)】 あり(薬名)⇒

【薬のアレルギー】 あり(薬名)⇒

【タバコ】 喫煙 _____本 /日 _____才～ _____才 吸ったことがない

事務サイン 看護師サイン 医師サイン

(予定入院・内視鏡) (救外・外来)(病棟・内視鏡・外来ope) (救外・内視鏡・病棟)



【健康観察シート】

1週間前より健康観察シートのご記入をお願い致します。

来院時必ず持参していただき、入院窓口/外来窓口/内視鏡室へ提出をお願い致します。

東京歯科大学市川総合病院

診療科:		ID:			患者氏名:			年齢:	
観察開始日		開始後1日目	開始後2日目	開始後3日目	開始後4日目	開始後5日目	開始後6日目	開始後7日目	
日付		/	/	/	/	/	/	/	
体温	朝	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	
のど痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
ニオイ・味の異常	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
咳	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
痰	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
だるさ	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
息苦しさ	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
鼻水・鼻つまり	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
食欲低下	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
嘔気・嘔吐	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
腹痛・下痢	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
水分摂取の低下	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
関節の痛み	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
頻尿・残尿感	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
その他									

説明日	2024 年 月 日
シート説明者サイン	

事務サイン	看護師サイン	医師サイン

(予定入院・内視鏡)

(外来)

(病棟・内視鏡・外来ope)

(内視鏡・病棟)



問診-01