

診療申込書

年 月 日

フリガナ	生年月日:大正・昭和・平成・令和			
氏名	男・女	年	月	日(歳)
住所 〒				
電話番号	自宅:	携帯:		

当院をどのようなきっかけで知りましたか？

知人・ご家族の紹介(紹介者名: _____) ホームページ

近隣 その他(_____)

マイナ受付導入に伴う、マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証利用)・健康保険証(今まで通り保険証利用)による情報取得に同意しますか？

はい いいえ

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を努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用のご協力をお願い致します。

他の医療機関からの紹介状や健康診断結果・検査結果などはありますか？

はい いいえ

この1年間で健診(特定健診・高齢者健診など)を受診しましたか？

いいえ

はい いつ頃: _____

指摘事項がありましたか？ある場合は記入ください

(_____)

裏面のご記入もお願い致します。

どのような症状がありますか？

当院での体温 _____ °C

・いつから： 月 日から

・どのような症状ですか？

持病や今までかかった病気はありますか？

はい いいえ

高血圧 糖尿病 脂質異常症 心臓病 腎臓病 喘息 花粉症
その他()

かかっている病院はありますか？

いいえ

はい 病院名： _____ 治療中の病名： _____

現在、服用している薬はありますか？

いいえ

はい 薬名：

《お薬手帳又は薬の内容がわかるものがあれば提出ください》

薬や体に合わないアレルギーはありますか？

いいえ

はい ・薬名：

・アレルギー-(食べ物など)：

・採血時アルコール綿(消毒)のアレルギーはありますか？ はい いいえ

喫煙について

吸わない

吸う (本/日・喫煙歴： 年) 過去に吸っていた(歳まで)

女性の方のみお答えください

妊娠されていますか？ いいえ はい(何週 又は 出産予定日 /)

授乳中ですか？ いいえ はい

※問診表に記載された個人情報、患者様の診察・健康管理の目的以外には使用しません。
ご記入ありがとうございました。

《状況に応じて順番が前後する場合もございますのでご了承ください》