

受診申し込み

受付日 令和 年 月 日

(ふりがな)		生年月日
お名前	(男・女)	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)
ご住所	〒 -	連絡先
		自宅 () -
		携帯 () -

① 本日の来院目的は？

身長: cm 体重: kg

☐ 具合が悪い (いつから)

(症状)

(痛みがあれば部位も書いて下さい)

☐ 健康診断

☐ 予防接種

☐ その他

② 薬や注射、食品でアレルギー反応を起こしたことがありますか？

☐ ない

☐ ある

(いつ頃)

(どのような薬・食品)

(症状)

③ 現在、治療中の病気がありますか？

☐ ない

☐ ある

(医療機関名、受診日、治療内容)

④ 現在、のんでいるお薬(サプリメント・漢方薬含む)がありますか？※1

☐ ない

☐ ある

(お薬の名前)

⑤ 今までにかかった病気や手術をされたことはありますか？

☐ ない

☐ ある

(医療機関名、時期、治療内容、病名)

糖尿病・高血圧・高脂血症・胃潰瘍・リウマチ・貧血・喘息・脳出血
脳梗塞・心臓病・腎臓病・肝臓病・がん(部位:)

⑥ マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？

☐ いいえ

☐ はい

⑦ 他の医療機関からの紹介状を持っていますか？

☐ いいえ

☐ はい

⑧ この一年間で健診(特定検診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか？※1

☐ いいえ

☐ はい

(受診時期/指摘事項)

⑨ 明細書の発行を希望されますか？

☐ いいえ

☐ はい

⑩ タバコは吸いますか？

☐ いいえ

☐ はい

⑪ 女性の方のみお答えください。

妊娠中ですか？

☐ いいえ

☐ はい(妊娠

ヶ月)

授乳中ですか？

☐ いいえ

☐ はい(生後

ヶ月)

※1マイナ保険証による情報取得に同意した場合は、直近一ヶ月以内の処方薬を除き、記載を省略可能

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致します。