

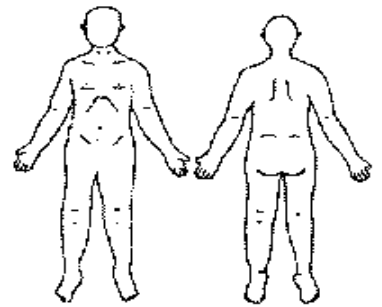
診 察 申 込 書 (月 日)

フリガナ				男・女
氏名	さま			
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日 () 歳
住所	〒			
	Tel () - / 携帯 - -			
体温	現在	℃	体重	(12歳以下の方) kg
他の医療機関からの紹介状			有 ・ 無	

1 今日どのようなことで来院されましたか？(どのような症状ですか？)

- せき たん 鼻水 鼻づまり のどの痛み 頭痛
腹痛 胃痛 下痢 嘔吐 湿疹 痛み 腫れ
 その他 ()

どこですか？



2 いつごろからの症状ですか？

今朝・昨日・2日前・3日以上前・()頃から

3 現在、医師の治療を受けたり、服用している薬がありますか？

ない ・ ある → []

4 今までに注射、薬、食べ物で気分が悪くなったことがありますか？

ない ・ ある → []

5 今までに病気や手術をしたことがありますか？

または大きな病気にかかったことはありますか？

ない ・ ある → []

6 嗜好品

たばこ : 吸う (1日 本) ・ 吸わない ・ 周囲の誰かが吸う
 アルコール : 飲む (1日 ml・合・杯) ・ 機会飲酒 ・ 飲まない
 半年以内の海外渡航歴 ある (国名) ・ ない

7 ペットを飼っていますか？

いない ・ いる (種類)

8 女性の方のみお聞きいたします。

現在妊娠されている可能性はありますか？

はい (月) ・ いいえ ・ 不明

授乳中ですか？

はい ・ いいえ

9 マイナンバー保険証による診療情報取得に同意しますか？

はい ・ いいえ

10 この1年で特定健診や高齢者健診を受けましたか？※マイナ保険証による情報取得に同意する方は回答不要

はい (いつ頃) ・ 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。