

診 療 申 込 書

カルテNO

記入日 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日	年齢
氏名		男・女	大・昭・平・令 年 月 日	歳
住所	〒			
連絡先	自宅 ☎	携帯☎		
	勤務先 ☎	名称		
	緊急時 ☎	氏名		続柄

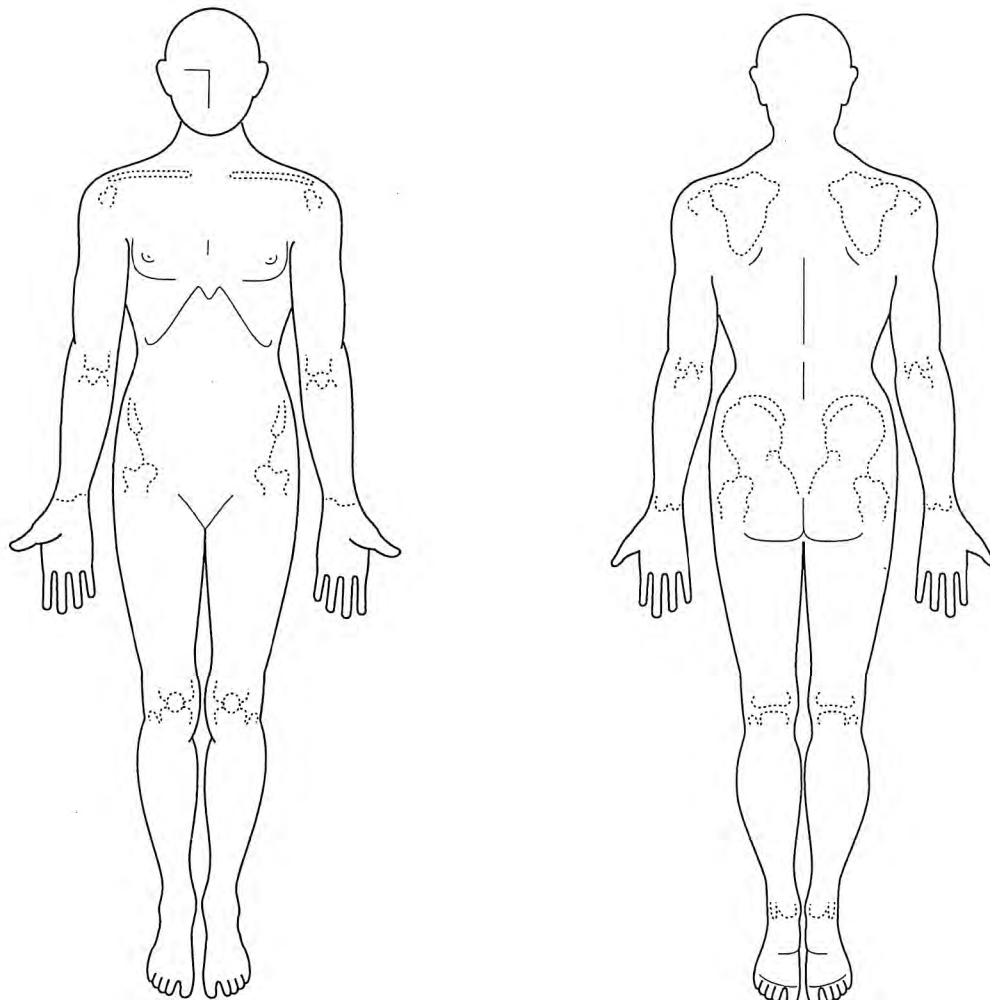
●本日は、どのような症状で来院されましたか？

痛い しびれる 腫れている 切った やけど その他()

●その症状はいつからですか？

月 日 日前 週間前 カ月前 年前

●症状のある部位に○をつけてください。



●その症状に思い当たる原因はありますか？

ない ある (

)

●他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？

いいえ

はい

●本日は、マイナンバーカードの保険証をご持参されましたか？
(以下、マイナ保険証)

いいえ

はい

マイナ保険証で受診の方にお尋ねします。

あなたの診療情報(服薬歴、健診歴など)を当院が取得することに同意されましたか？

同意していない

同意した

●現在、他の医療機関に通院されていますか？

いいえ

はい

(医療機関名:)

(受診日:

年

月ごろ)

(治療内容:

処方された薬などを服用していますか？

服用していない

服用している (薬剤名:

)

)

)

)

●今までに入院や手術するような大きな病気にかかったことがありますか？

いいえ

はい

(病名:)

(いつ頃:

年

月ごろ)

(医療機関名:)

(治療内容:)

)

)

)

)

●直近1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受けられましたか？
(マイナ保険証による情報取得に同意された方は記載不要です)

受けていない

受けた

(いつ頃:

年

月ごろ)

●薬や注射、食べ物でアレルギー症状が出たことはありますか？

いいえ

はい (具体的に

)

●身長

cm

●体重

kg

●利き手はどちらですか？

右

・ 左

●女性の方へ。現在、妊娠中または妊娠の可能性、授乳中ですか？

いいえ

妊娠中(妊娠

週目)

妊娠の可能性あり

授乳中

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。