

フリガナ	性別
氏名	男 女

生年月日	T S	年	月	日
	H R			

〒	—
住所	

自宅 ☎
携帯 ☎

携帯電話の持ち主が本人以外の時はお知らせください  
続柄 ( )

職業
----

○ 今までに当院を受診されたことがありますか はい いいえ

○ 本日の症状について 症状の内容 発症時期 経過など (いつから? どこが? どのような症状?)

○ 他医からの紹介状はありますか あり なし

○ 現在 他の医療機関に通院していますか はい いいえ  
はいの場合 医療機関名 受診日 治療内容 等

○ 現在処方されている薬がありますか はい いいえ  
薬剤名 用量 投薬期間 お薬手帳を提出してください。記入不要です  
(マイナ保険証利用情報取得同意の方は 直近1カ月以内の処方薬を除き記載省略可)

○ これまでに大きな病気にかかったことがありますか(入院 手術を要する病気等) はい いいえ  
病名 時期 医療機関名 治療内容 等

アレルギー体質や食べ物や薬で発疹が出たり気分が悪くなったことがありますか。 いいえ  
はい 原因は?

○ 現在妊娠中または授乳中、妊娠の可能性がありますか はい いいえ わからない

- マイナ保険証による診療情報取得 同意する 同意しない  
 【マイナンバーカード利用者のみ】
- この1年間で検診(特定健診及び高齢者検診に限る)を受診しましたか はい いいえ  
 【マイナ保険証による情報取得同意した方については記入省略可】  
 受診時期 指摘事項等
- 喫煙 なし あり 1日 本
- 飲酒 なし あり 1日 種類  
   量
- 当院をどのようにしてお知りになりましたか  
 インターネット 家族・知人の紹介 看板を見て 他医からの紹介 その他

---

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。

---