

診 療 申 込 書

フリガナ		男	既婚	職	
氏 名	様	女	未婚	業	
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日生	(満 歳)
住 所					
電話番号	自宅()	携帯番号			
勤務先名	TEL()				

◇マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証利用)による取得情報に同意しますか？

・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。
初診時には医療情報・システム基盤整備体制充実加算がかかります。
加算1: 6点 加算2: 2点
(加算2はマイナンバー保険証による診療情報取得に同意された場合、又は
他院からの紹介状を持参された場合)

◇今日はどうかさいましたか？

・喉が痛い ・鼻水 ・鼻づまり ・せき ・たんがからむ ・味覚(嗅覚)障害 ・発熱(度)
・寒気 ・嘔吐 ・吐き気 ・下痢 ・便秘 ・腹痛(胃部 ・ 下腹部)
・体がこわい(だるい) ・胸が苦しい ・その他の症状()

◇その症状はいつ頃より始まりましたか？

今日 昨日(時頃) 4～5日前 1週間前 その他()

◇飲んでいる薬はありますか？(病院でもらった薬、市販薬等)

飲んでいない 飲んでいる()
※お薬手帳等お持ちの方はご提出下さい

◇次の病気(手術や輸血含む)をしたことがある方は、あてはまるものに○をお付け下さい。

ない ある(下の項目からお選びください)
()癌 高血圧症 糖尿病 心臓病 胃潰瘍 十二指腸潰瘍
肝臓病 膵臓病 腎臓病 肺疾患 脳疾患 その他()

◇アレルギーはありますか？

ない ・ ある
薬() 食べ物() その他()

◇タバコは吸いますか？

吸う(1日 本 歳頃から) 吸わない 昔吸っていた

◇お酒は飲みますか？

飲む(毎日・時々 歳頃から) 飲まない 昔飲んでいた

◇女性の方のみお答え下さい。

①最終月経(月 日～ 日間)
②現在妊娠の可能性はありますか？ ない ある わからない

◎診断書が必要な方はお申し付け下さい(1通 2,200円 税込)