

診察申し込み・予診票

下の項目に記入または○をしてください。

ふりがな			
お 名 前	男 ・ 女		
生 年 月 日	大・昭 平・令	年	月 日 () 歳
住 所	〒 —		
T E L	自 宅		
	携 帯		

1. マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか？	はい ・ いいえ
2. 本日は他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？	はい ・ いいえ
3. 本日はどのような症状で来院されましたか？	()
4. 現在、他の医療機関に通院されていますか？	いいえ
はい 病名、または症状 ()	
5. 現在、他の医療機関で処方されている薬はありますか？	いいえ
はい お薬手帳をお持ちでしたらご提示ください。	()
6. これまでに大きな病気にかかったことはありますか？	いいえ
はい ()	
7. この1年間で検診（特定健診など）受けたことはありますか？	はい ・ いいえ
8. アレルギー体質（過敏症）はありますか？	いいえ
はい 何が原因でどのようになりましたか？	()
9. (女性のみ)	
現在妊娠中で	ない ・ ある (ヶ月) ・ 不明 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。