

診療申込・問診票

記入年月日 年 月 日

ふりがな 氏名		生年 年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日生	才)
住所	〒						
TEL		携帯					

※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つとめております。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証およびオンライン資格確認の利用に、ご協力をお願いいたします。

●マイナ保険証およびオンライン資格確認による診療情報取得に同意されますか？

(はい いいえ)

●当院をお知りになったきっかけを教えてください。

HP・紹介・看板・自宅または勤務先から近いから・その他 ()

●他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？

(はい いいえ)

●本日受診した症状について教えてください。

どのような症状が？：

いつ頃から？：

●現在、他の医療機関に通院していたり、服用している薬がありますか？

(はい いいえ)

どのような事？：

薬の名前は？：

※マイナ保険証により情報提供にご同意いただいた方は、直近1ヶ月以内の処方のみご記載ください。

●今までに大きな病気にかかったことはありますか？

(はい いいえ)

どのような？：

いつ頃？：

●今までに薬、注射、食品でアレルギーを起こした事がありますか？

(はい いいえ)

薬、注射、食べ物の種類：

●この1年間で健診を受けましたか？

(はい いいえ)

受けた方は、何か指摘されましたか？：

※マイナ保険証により情報提供にご同意いただいた方は、記載不要です。

●現在、妊娠中ですか？授乳中ですか？

(はい いいえ)

何か月ですか？：