

検温 °C



診察を受ける方へ

記入日 年 月 日

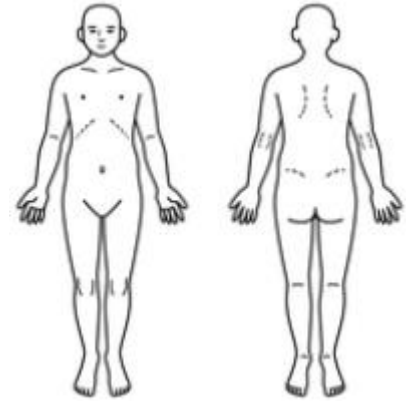
ご記入いただいた情報は、厳重に管理いたします。また、本来の目的を超えて利用することはありません。

フリガナ		生年月日			
氏名		大・昭・平・令	年	月	日
電話	()	年齢	才	性別	男・女
住所	〒				

❖ 今日はどうされましたか？※紹介状・健診結果をお持ちの方は受付にお出してください。

(いつ頃から、からだのどこが、どうされましたか？)

下記に症状がある部位を記入してください



❖ アレルギーがありますか？

- ・薬のアレルギー (はい・いいえ)
 - ・その他 (食物など) アレルギー (はい・いいえ)
- 「はい」と答えた方へ。名前をわかる範囲でお書きください。

❖ 現在他院からお薬をもらっていますか？ → (はい ・ いいえ)

「はい」と答えた方へ。*お薬手帳や薬の説明の紙をお持ちでしたら、受付にお出してください。
手帳がない方は、病医院名、薬の名前、一日に飲む量などをわかる範囲でお書きください。

❖ 今までに大きな病気や手術をしたことがありますか？ → (はい ・ いいえ)

「はい」と答えた方へ。病気・手術の名前をわかる範囲でお書きください。

❖ 女性の方へ ・妊娠または妊娠している可能性がありますか？ → (はい ・ いいえ)

・授乳中ですか？ → (はい ・ いいえ)

❖ 12歳以下の方へ 体重は何kgですか？ () Kg

❖ 40歳以上の方へ 特定健診を受けていますか？ → (受けている ・ 受けていない)

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。また、下記の当てはまるものに○をつけてください。

❖ マイナンバーカードをご持参の方へ 診療情報取得に → (同意します ・ 同意しません)

ご協力ありがとうございました