

(ふりがな)	男 女	15歳以下の方	体重	kg
氏名	生年月日	昭・平・令	年 月 日	(歳)
(〒 -)				
住所				
電話番号			職業	

どちらで当院をお知りになりましたか

- 紹介 (家族 知人 職場 学校 薬局 病院 その他)
 医院の看板・建物をみて ホームページ (スマホ パソコン) 近いから
 その他 ()

① 本日は下記のいずれを持参されましたか

- 健康保険証 (質問②へ)
 マイナンバーカードの保険証

あなたの診療情報 (服薬歴、健康診断の結果など) を
当院が取得することに同意されますか。

- 同意する 同意しない

② 最近 1 年間で健康診断 (特定健診や高齢者健診など) を受けられましたか。

- 受けた (受けた時期: 年 月) → 結果をお持ちなら受付にご提出をお願いします。
 受けていない

③ 現在、他の医療機関に通院されていますか

- はい (医療機関名:)
 いいえ (質問④へ)

☆ 服用しているお薬はありますか

- 服用している (お薬手帳などお薬が分かるものがあれば受付にご提出をお願いします。)
 (薬剤名:)
 服用していない

④ 他の医療機関からの紹介状はお持ちですか はい (→ 受付にご提出をお願いします。) いいえ

⑤ 本日、来院された理由を教えてください

いつから ()
 どんな症状ですか ()

⑥ 今まで入院や手術するような病気にかかったことがありますか

- いいえ はい (病名:) (治療内容:)
 (いつ頃:) (医療機関名:)

⑦ これまでに薬や食品でアレルギーを発症したことがありますか

- ない ある (具体的に:)

⑧ 女性の方にお聞きします。現在、妊娠や授乳はされていますか

- いいえ (最終の生理: 月 日 から 日間) 妊娠中 (妊娠 週目) 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、マイナンバーカードの保険証の利用にご協力をお願いいたします。