診 療 申 込 書

カルテ番号

年　　月　　日

フリガナ		性別	生年月日	年齢
氏名		男・女	大正 昭和 平成 令和　　年　　月　　日	才
住所	〒			
	TEL　　(　　)　　・　携帯　　(　　)			
勤務先	会社名			
	住　所			
	TEL　　(　　)			

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。
正確な情報を習得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力下さい。

〇記載日〔　　年　　月　　日〕　　ID〔　　〕

〇氏名　〔　　〕

★マイナンバーカードをお持ちですか？　　はい　・　いいえ

〇本日はどのような症状で受診されますか？
①具合が悪い　②健康診断　③検診再検査　④予防接種
①で受診される方　いつからどんな症状ですか？
〔　　〕

〇他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？　ある　・　なし

〇現在、他の医療機関に通院されてますか？　している　・　してない

している方はお答え下さい	通院医療機関名　〔　　〕 病名　〔　　〕 処方されているお薬　あり　・　なし　　お薬手帳　あり　・　なし 手帳をお忘れの方は下記へ薬剤名・用量・投与期間をご記入下さい 〔　　〕

〇これまでにかかったことのある病気・ケガに〇をつけて下さい
・高血圧　・心臓病　・肝臓病　・腎臓病　・結核　・糖尿病
・膵臓病　・喘息　・その他

〇これまでに入院や手術を要する病気にかかったことがありますか？

ある方はお答えください	病名　〔　　〕　医療機関名　〔　　〕 時期　〔　　〕　治療内容　〔　　〕

〇これまでに薬や食品などでアレルギーを起こしたことがありますか？　ある　・　なし

ある方はお答えください	内容　〔　　〕

〇身長・体重　身長 _____cm　体重 _____kg

〇喫煙　吸う（1日　本）　・　吸わない

〇飲酒　飲む（時々・毎日）　・　飲まない

〇妊娠の可能性はありますか？　ある　・　なし