

フリガナ	生年月日：西暦	年	月	日
氏名	(大正・昭和・平成・令和)		年	
	性別	男・女	年齢	歳

住所 〒 ( ) 都道府県

電話番号 自宅： 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。

来院時の体温測定 ( °C)

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)

他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？ (はい いいえ)

本日受診した症状について教えてください。

【 】

その症状はいつ頃から出て、どのように経過しましたか？

【 】

現在、他の医療機関に通院していますか？ (はい いいえ)

どのような事で通院されていますか？

【 】

現在、他の医療機関から処方されている薬はありますか？ (はい いいえ)

薬の名前は？ ( )

これまで大きな病気にかかったことはありますか？ (はい いいえ)

その病名は何ですか？

【 】

この1年間で健診を受けましたか？ (はい いいえ)

健診の結果で何か指摘されましたか？

【 】

これまで薬や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)

【 】

たばこは吸いますか？ (はい いいえ)

お酒は飲みますか？ (はい いいえ)

女性のみ。妊娠中ですか？ 授乳中ですか？ (はい いいえ)

お薬は後発品 (ジェネリック薬品) を希望しますか？ (はい いいえ)

★ご協力有り難うございました★