

診療申込書

年 月 日

当院では、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致します。
同意する ・ 同意しない

ふりがな

患者氏名 男 女

生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日(才)

自宅住所【マンション・アパート名などもご記入ください】
(〒 -)
都 県 市 区
道 府 町 村 丁目 番 号
建物・マンション名等：

携帯 TEL： () 【緊急連絡先として必ずご記入お願いします】
TEL：

会社名 TEL ()

身長 cm 体重 kg

※本日のご症状を、ご記入下さい

※以下の病気にかかった事のある人は、○を付けて下さい。
1 糖尿病・高脂血症・高血圧
2 肺・気管支の病気（結核・喘息・慢性気管支炎・肺気腫など）
3 甲状腺の病気
4 心臓の病気（狭心症・不整脈・心不全・頻脈動悸・心筋梗塞など）
5 胃・十二指腸の病気（胃炎・胃潰瘍・十二指腸炎・十二指腸潰瘍など）
6 肝臓の病気（肝炎・肝硬変・脂肪肝など）
7 膵臓の病気
8 脳血管の病気（脳動脈硬化症・脳梗塞・脳内出血など）
9 悪性腫瘍
10 皮膚病（慢性痒疹・带状疱疹・蕁麻疹など）
 特になし（当てはまる病気がなければこちらにチェックして下さい）

※以下の質問にお答え下さい。
☆薬・注射のアレルギー（発疹・気分不快など）はありますか はい・いいえ
はいの場合（お薬の名前：)
☆他院に通院中ですか 通院中（内・外・整形・皮膚・小児・その他）・いいえ
→通院中の方は、本日紹介状をお持ちですか？ はい ・ いいえ
☆お薬を飲んでいますが はい・いいえ
はいの場合（お薬の名前：)
☆お酒を飲みますか はい（1週間で 日程度、飲酒歴 年）・いいえ
☆喫煙をしますか はい（1日で 本、喫煙歴 年）・いいえ
☆妊娠していますか している（ カ月）・していない ・現在授乳中
☆一年以内に健康診断（特定健診・高齢者健診）を受診しましたか はい・いいえ

※ こちらのクリニックを何で知られましたか
 ポスティングチラシ SNS・インターネット検索 当院ホームページ 看板等広告
 家族・友人知人の紹介 役所・保健所の紹介 他院からの紹介
 家（職場）から近い その他（)