

診療申込書・問診票

年 月 日

ふりがな 名 前			男 ・ 女
生年月日	昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日 (歳)		
現住所	〒		
連絡先	自 宅 () — 携帯電話 () —		
◆ マイナ保険証による診療情報取得に ☐ 同意する ☐ 同意しない ☐ 持っていない			
◆ 保険資格確認証のコピーに ☐ 同意する ☐ 同意しない			
紹介状はお持ちですか。	ある ・ なし		
本日はどうなさいましたか。	発熱・咽頭痛・咳・腹痛・下痢・めまい・手足のしびれ 吐き気・その他()		
症状はいつごろからですか。	()頃から		
現在、治療中の病気はありますか。	ある ・ なし		
	病 名	()	
	病院名	()	
現在飲んでいるお薬はありますか。	ある(薬剤名:) ・ なし		
	【お薬手帳 持っている ・ 持っていない 】		
食物や薬等でアレルギーはありますか。	ある ・ なし		
	具体的な症状()		
過去に大きな病気や入院をしたことはありますか。	ある ・ なし		
	病 名	()	
	いつ頃	()	
現在、妊娠中または授乳中ですか。 (女性のみ)	妊娠	はい(妊娠 ヶ月) ・ いいえ	
	授乳	している ・ していない	
たばことお酒は1日どれくらいですか。	吸わない/やめた ・ 吸う(何歳から: 1日何本:)		
	飲まない ・ 飲む(なにを: どのくらい:)		

ご記入、ありがとうございます。

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保険証のご利用をお願い致します。

松坂医院