

# 初診申込票(高校生以上)

記入日 西暦 年 月 日

ふりがな		住所	〒	—
お名前				
生年 月 日	西暦 年 月 日 ( 歳)	男 女	電話	( )
			携帯	( )

ごめんどうですが、次の質問にお答え下さい。

- マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか？ はい・いいえ  
 ○他院からの紹介状をお持ちですか？ はい・いいえ

1 本日受診された症状は？ 症状	
発症時期	経過
2 現在、他の医療機関に通院していますか？ 医療機関名	
受診日	治療内容
3 現在、処方されている薬はありますか？(お薬手帳をお持ちの場合は記入せず提示お願いします)	
薬剤名	用量 治療期間
4 今までかかったことのある病気がありますか ない・ある → (病名 )	
5 入院や手術をされたことはありますか いいえ・はい (いつ頃 病名 医療機関 治療内容 )	
6 薬や食品に対するアレルギーはありますか ない・ある(原因 症状 )	
7 現在、妊娠中または授乳中ですか？(女性の方のみ) はい・いいえ	
8 ご家族・ご親族に気管支喘息(ぜんそく)や、アレルギー体質の方はいらっしゃいますか いない・いる → (間柄 病名 )	
9 喫煙される方はいらっしゃいますか いない・本人・家族	
10 来院されたきっかけは	
・家族がかかっている (お名前 生年月日 西暦 年 月 日) (お名前 生年月日 西暦 年 月 日)	
・知り合いの紹介 (お名前 )	・病院からの紹介 ( )
・インターネットの検索で(検索先 )	
・当院のホームページを見て	・その他 ( )

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、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)しています。