初診申込書

No.

フリガナ 氏　名	男 女	生年月日 昭和・平成・令和　　年　　月　　日（　　歳）
住　所		
電話番号　自宅：		携帯：
勤務先		

お薬手帳をお持ちの方は受付にご提出ください。　あり ・ なし ・ 忘れた

マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか　□はい　□いいえ

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。

紹介状　□なし　□あり	健康診断結果・書類　□なし　□あり

今日はどうされましたか

□ 発熱（　　℃）　□ 頭痛　□ せき　□ 鼻水　□ のどの痛み
□ 腹痛　□ 胃痛　□ 胸痛　□ 腰痛　□ 下痢　□ 痔　□ 便秘
□ 血便　□ 相談　□ 健康診断　□ その他［　　］
□ 交通事故のけが（受傷日　　年　　月　　日）　□ 仕事中のけが（受傷日　　年　　月　　日）

症状はいつから始まりましたか

今までに大きな病気にかかったり、病気を指摘されたことがありますか　□いいえ　□はい　病名　　時期

現在 通院されている病院はありますか　□いいえ　□はい　病院名　　病名

現在　飲んでいるお薬はありますか　（お薬手帳をご提示いただいた方は記入不要です）

□いいえ　□はい　［薬剤名　　］

※マイナ保険証による情報取得に同意された方は直近１カ月以内の処方薬を除き記載不要です。

薬や食品でアレルギーを起こしたことがありますか　□いいえ　□はい　原因となったもの　　症状

この１年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診しましたか　□いいえ　□はい
※マイナ保険証による情報取得に同意された方は記載不要です。

ペースメーカーを使用していますか　□いいえ　□はい

（女性の方のみ）現在、妊娠されていますか　□いいえ　□はい（出産予定日　　年　　月　　日）
現在、授乳中ですか　□いいえ　□はい

当院をどこでお知りになりましたか

□他院からの紹介　□ 家族・知人からの紹介　□ホームページ　□看板　□タウンページ　□ その他