診察申込書

記入日　　年　　月　　日

名前（ふりがな）	年齢	性別	生年月日	
	歳	男・女	昭和・平成 令和	年　月　日

住所〒		
自宅電話番号	携帯電話	
（　　）	（　　）	

本日来院された理由をお聞かせください

いつから

症状

服薬中のお薬はありますか

なし・ある（薬の名前　　）

薬手帳があればご提出ください。（かかりつけの薬局名　　）

飲酒についてお聞きします　飲まない　飲む（１日平均　　）

喫煙についてお聞きします　吸わない　吸う（1日　　本）喫煙歴　　年

これまでにかかった主な病気・手術お書きください　例）２０歳虫垂炎など

歳のとき

歳のとき

薬や注射または食べ物にアレルギー（蕁麻疹や体調が悪くなる）はありますか

なし・ある（内容　　）

現在妊娠または妊娠の可能性はありますか　なし・ある（　　ヶ月）・可能性ある

医師に伝えたいことがありましたらお書きください

マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか　同意・同意しない

他の医療機関からの紹介状はお持ちですか　ある・ない

現在他の医療機関に通院されていますか

医療機関名

治療内容

この１年間で特定健診または高齢者健診を受診されましたか　ある・ない

＊当医療機関は、マイナ保険証の利用や問診等を通じて患者様の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まいります。

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。

＊院内では感染予防のためマスクの着用をお願いいたします。

ご記入ありがとうございました。

笹下みずかみクリニック