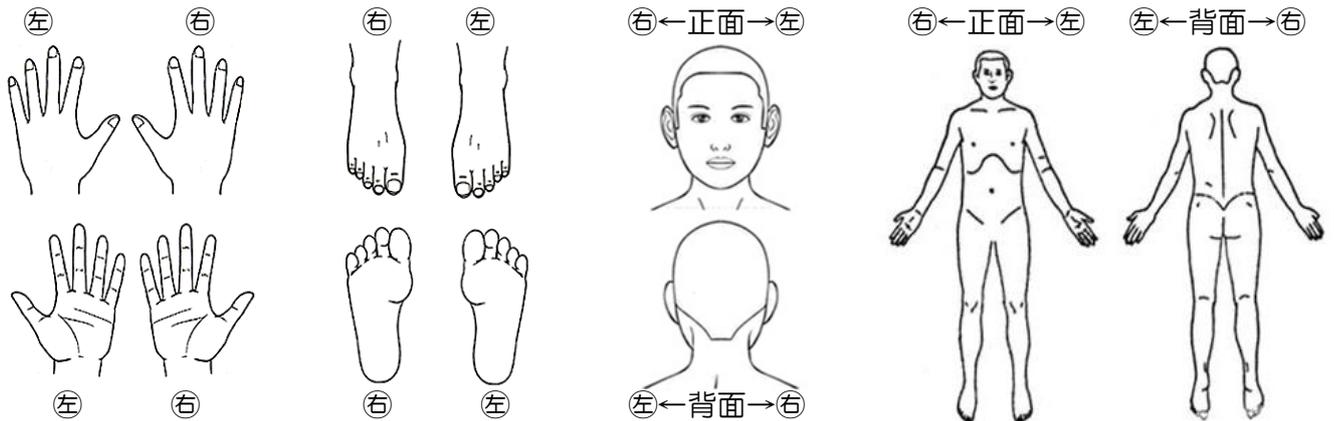


20 年 月 日

フリガナ		住所	〒	—
氏名	男・女			
生年月日	大正・昭和 年 月 日 平成・令和 (才)	電話番号	()	—
		携帯番号	—	—
※過不足なくご記入をお願いいたします。		体重		Kg

1. 症状のある部位はどちらですか？下記イラストの該当箇所に○をつけ、症状を教えてください。



{ けが ・ やけど ・ できもの ・ 湿疹 ・ かゆみ ・ 痛み ・ にきび ・ いぼ }
{ その他 () ・ 紹介状持参 }

2. いつごろから症状がありますか？いずれかに数字を記入してください。

日前から 週間前から か月前から 年前から 年 月 日から

3. 他の病院などを受診しましたか？また、なんと言われましたか？

なし ・ ある (医療機関名:) (受診結果:)

4. 今までに手術や歯科治療などで麻酔を使用したことがありますか？

なし ・ ある (傷病名:) (医療機関:)

5. 今まで治療を受けたことのある病気、または現在治療中の病気があれば○をつけてください。

{ ・花粉症 (アレルギー性鼻炎) ・喘息 ・じんましん ・アトピー性皮膚炎 ・胃潰瘍 }
{ ・高血圧 ・高脂血症 ・糖尿病 ・不整脈 ・狭心症 ・心筋梗塞 ・脳梗塞 }
{ ・肝臓病 ・腎臓病 ・その他 (病名は?:) }

6. 今までにお薬、注射などで副作用、食べ物などでアレルギーがありましたか？○をつけてください。

なし ・ ある (アレルギー: 副作用:)

7. マイナンバーカードの保険証 (以下、マイナ保険証) で受診の方にお尋ねします。

診療情報 (服薬歴や健診歴など) を当院が取得することに同意されますか？ はい ・ いいえ

8. 現在、内服中のお薬はありますか？ (マイナ保険証による情報取得同意の方は、記載省略可能)

なし ・ ある (お薬の名前:)

9. この1年間で健診を受けましたか？ (マイナ保険証による情報取得同意の方は、記載省略可能)

受けていない ・ 受けた (いつ頃: 年 月頃・指摘事項:)

10. 女性の方にお聞きします。妊娠・授乳していますか？○をつけてください。

いいえ ・ 妊娠中 ・ 妊娠の可能性ある ・ 授乳中

※ ご協力ありがとうございました。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。