

診療申込書・問診票（記載日：令和 年 月 日）

当てはまる項目に○をつけ、具体的に記入してください。わかる範囲で結構です。

氏名	様	性別
ふりがな		男・女
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日（満 歳）	
電話番号	() -	
郵便番号		
住所		
保険証の有無	マイナンバーカード 有 ・ 保険証 有 ・ 無 マイナンバーカード・保険証の場合、診療情報取得に同意しますか：はい・いいえ	
薬・食物アレルギーと症状	有（薬： ） : 無 （飲食物： ）	

当院はマイナ保険証の利用などを通して診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めている医療機関（医療情報・システム基盤整理体制充実加算の算定医療機関）です。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証をご利用ください。

どのような症状で来院されましたか。いつから、どのような経過ですか。	（他院からの紹介状をお持ちの際は、ご提示ください）
現在治療中の病気と診療科（医療機関名）	
現在の治療内容（内服薬など）	（お薬手帳を持っていたら、ご提示ください。）
今までにかかった大きな病気（入院・手術など）	（病名・時期・医療機関・治療内容についてわかる範囲で）
特定検診と高齢者検診	この1年間で検診を受けましたか：はい・いいえ 「はい」の場合、受診時期はいつで、何を指摘されましたか：
女性のみ	妊娠していない・可能性あり・妊娠中（ 月）・授乳中
希望・要望	