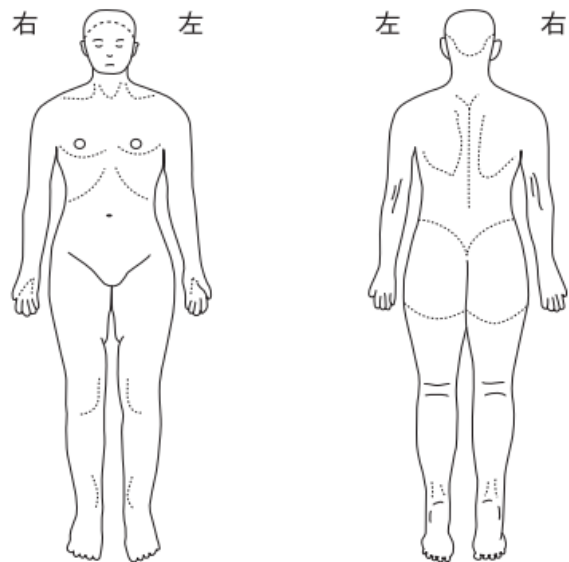


フリガナ	男	住所	本人以外の緊急連絡先：		事 ・ 労 ・ 学
氏名	女				
生年月日		電話番号	-	-	
西暦・大・昭・平・令	年	月	日	歳	携帯番号
					氏名： 続柄：

診てもらおうところに○をつけてください



○主な症状は何ですか？

痛み・しびれ・はれ・変形・動きが悪い
その他（ ）

○それはいつごろからですか？

○思い当たる原因はありますか？

○他の病院を受診しましたか？ はい ・ いいえ

○今までにかかった病気はありますか？ 高血圧・糖尿病・喘息・心臓・肝臓・腎臓

病名：

手術： あり ・ なし

○現在飲んでいる薬はありますか？ はい ・ いいえ

○薬・食品によるアレルギーはありますか？ はい ・ いいえ

○直近1年間で健診（特定健診や・高齢者健診など）を受けられましたか？

はい 健診名： いつ頃： ・ いいえ

○（女性の方に）今妊娠中ですか？ はい（ 週）・授乳中・いいえ

マイナ保険証の方へ

○診療情報（服薬歴や健診歴など）を当院が取得されることに同意されましたか？

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。