

## 診療申込書

記入年月日： 年 月 日

ふりがな		性別	男・女
お名前		職業	
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	年齢	歳
電話番号	— —	自宅・携帯・その他	
住所	〒		

今後の診察の参考となります。以下の質問にお答え下さい。尚、この問診票の内容につきましては、医師法に基づき、守秘義務を厳守いたします。

## 1. 今までに当院にかかれたことはありますか？

ある（いつ頃： ） ・ ない

## 2. 現在、他医療機関に通院されていますか？

はい（医療機関名： 紹介状： あり・なし） ・ いいえ

## 3. 今日はどうされましたか？ 例) 昨日から胃が痛い/昨日排便時出血など具体的にご記入ください。

## 4. 現在、薬を飲んでいますか？

はい（ ） ・ いいえ

## 5. 今までに大きな病気にかかったことがありますか？（入院や手術を要する病気等）

ない・ある（いつ頃： 病名： 手術名： ）

## 6. ご家族の中にがん、心臓病などの大きな病気をされた方はいらっしゃいますか？

いる（間柄： 祖父母・父・母・兄弟）（病名： ） ・ いない

## 7. この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診）を受診しましたか？

はい（いつ頃： ） ・ いいえ

## 8. 今までに薬または食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか？

はい（薬または食物名： 症状： ） ・ いいえ

## 9. 現在、妊娠していますか？（女性の方のみ）

はい（妊娠 ヶ月） ・ いいえ

## 10. お酒やたばこは1日にどれくらい飲みますか？

お酒 → 飲まない・飲む：酒 ビール その他（ ）

たばこ → 吸わない・吸う：1日 本程度・やめた（ ）年前/喫煙期間（ ）

## 11. 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ねがいたします。

ご協力ありがとうございました。恐れ入りますが、こちらの申込書・保険証・お薬手帳を受付にお渡し下さい。

※マイナ保険証を利用された場合は受付に渡す必要はございません。

患者ID（ ）（ ）

