

フリガナ	男 ・ 女	生年月日	: 大正・昭和・平成・令和		
氏名		年	月	日生 ( 歳)	
住所	〒				
電話番号		携帯番号			

①マイナ保険証（マイナンバーカード健康保険証利用）による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願いいたします。

②他の医療機関からの紹介状はありますか？  いいえ  はい

③いつからの症状ですか？

症状のある部位を○で印をつけてください。

\*いつ頃から

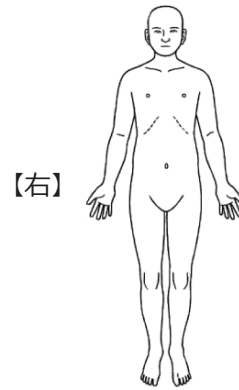
- 本日  
 昨日  
 2～3日前  
 1週間前  
 その他 ( )



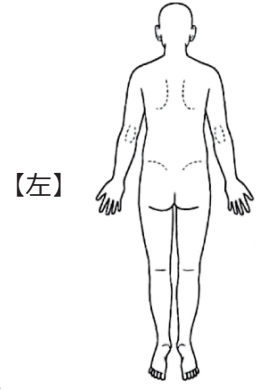
【左】



【右】



【右】



【左】

【右】

④原因は何ですか？

特になし  交通事故  労災事故  学校でのケガ  その他 ( )

⑤現在、他の医療機関に通院されてますか？

いいえ  はい (病名: 医療機関名: )

現在治療中の下記の病気があれば印を入れてください。

高血圧  糖尿病  胃腸病  肝臓病  腎臓病  心臓病  脳梗塞  喘息

⑥現在、処方されているお薬はありますか？ ・情報取得に同意の方は直近1ヶ月の処方を書き込んで下さい

いいえ  はい (薬剤名: )

⑦薬やその他のアレルギーはありますか？  いいえ  はい ( )

⑧体の中に金属またはペースメーカーが入ってますか？

いいえ  はい (  金属  ペースメーカー )

⑨手術を受けたことがありますか？

いいえ  はい ( )

⑩妊娠または妊娠の可能性ありますか？授乳中ですか？（女性の方のみお答えください）

いいえ  妊娠中  妊娠の可能性ある  授乳中

⑪直近1年間で健診（特定健診または高齢者健診）を受診しましたか？

いいえ  はい ← マイナ保険証による情報取得に同意された方は記載不要です。