

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

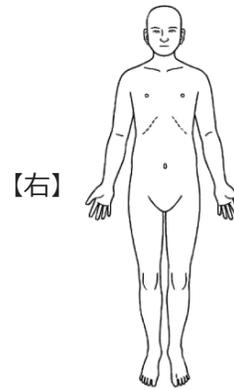
- 本日
 昨日
 2～3日前
 1週間前
 その他 ()



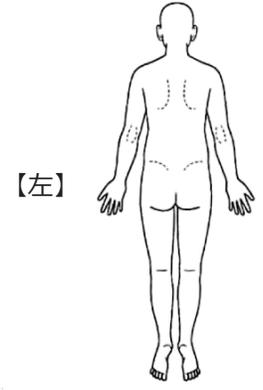
【左】



【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。