

はじめて来院された方へ

令和 年 月 日

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。

ふりがな

大 昭 平 令

お名前 (男・女) 生年月日 年 月 日 (歳)

〒

電話番号 ()

ご住所

携帯電話 ()

●マイナ保険証での受診の方にお尋ねします。あなたの診療情報（服薬、健診歴など）を当院が取得することに同意されましたか？

同意していない

同意した

●他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？

いいえ

はい

●今、一番何がお困りですか？（身体の悪い部分に○をつけて下さい）

（部位

）（症状

）

●いつ頃からですか？（

●それについて治療を受けたことがありますか？

いいえ

はい（

病院）（整骨院・整体を含む）

（ 年 月より 年 月まで）

●交通事故ですか？

いいえ

はい

●工作中的のけがですか？（通勤中のけがも労災となります）

いいえ

はい

●現在、あるいは今までにどのような病気をしましたか？

なし

糖尿病

高血圧症

肝臓病

腎臓病

心臓疾患

高脂血症

痛風

ぜん息

緑内障

ペースメーカー

その他（

●現在、通院中の病院はありますか？

いいえ

はい（

病院）（整骨院・整体を含む）

●これ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）

いいえ

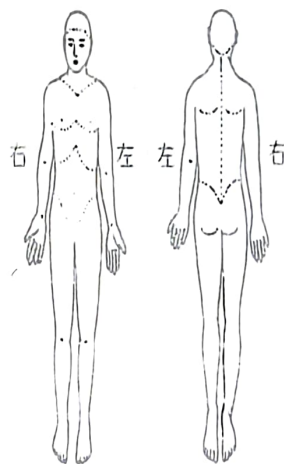
はい（病名

病院

時期

年

月頃）



裏面もご記入ください➡

●現在お薬を服用されていますか？お薬手帳をお持ちの方はお出してください

※マイナ保険証による情報取得に同意した方は、直近1ヵ月以内の処方薬を除き、記載省略可能です

いいえ はい（ 病院）（薬名 ）

●血液をサラサラにするお薬（ワーファリンなど）を服用していますか？

いいえ はい

●今までに薬や食べ物でアレルギーや異常がでたことがありますか？

いいえ はい（薬・食べ物 ）症状（ ）

●局所麻酔（抜歯等）で異常がありましたか？

いいえ はい（症状 ）

●女性の方へ 現在妊娠中または授乳中ですか？

いいえ 妊娠中（妊娠 週目） 授乳中

●この1年間で健康診断は受けられましたか？

※マイナ保険証による情報取得に同意した方は、特定健診および高齢者健診については記載省略可能です

いいえ はい（受診時期 月 日）（指摘事項 ）

●当院をどのようにしてお知りになりましたか？

知人の紹介（ ）雑誌（ ）ホームページ（ ）その他（ ）