

# 診察申込書 (初めての方・しばらく受診されなかった方は当用紙にご記入ください)

申込日 年 月 日

フリガナ		男 ・ 女	明・大・昭・平・令・西暦		
氏名			年	月	日生 ( 歳)
住所	〒	—	自宅電話 ( )	—	
			携帯電話 ( )	—	
保険	1. 社保(本人) 2. 社保(家族) 3. 国保 4. 生保 5. 自賠 6. 自費 7. 労災(会社名 電話 - - )				
<b>ご希望の受診科に○印をご記入下さい</b>					
(1) 内科 (2) 外科 (3) 整形外科 (4) 皮膚科 (5) 泌尿器科 (6) 健康診断 (7) 呼吸器科 (8) 循環器科 (9) その他 ( )					

I 他の医療機関からの紹介状はお持ちですか。  
a) ない b) ある (医療機関名等: )

II マイナ保険証 (保険証と紐付けされたマイナンバーカード) はお持ちですか。  
a) ない b) ある

III 保険証の情報取得 (限度額含む) について ( 1 同意します 2 同意しません )

1 どうなさいましたか。(本日受診の目的をお書きください)

2 症状はいつ頃からですか。

3 今までに当院で診察を受けたことがありますか。  
a) ない b) ある・・・いつ頃ですか。( 年 月頃)

4 今までに入院や手術をするような病気にかかったことがありますか。  
a) ない b) ある (病名: ) ( 年 月頃)

5 現在、当院以外でかかっている病気はありますか。  
a) ない b) ある (病名: 病医院名: )

→裏面もあります。

- 6 現在、他医より処方されている薬はありますか。  
a) ない b) ある (薬剤名: \_\_\_\_\_) )
- 7 この1年間で健診を受診されましたか。  
a) ない b) ある (受診時期: \_\_\_\_\_ 指摘事項等: \_\_\_\_\_) )
- 8 今までにあわない薬やアレルギーがありましたらお書きください。  
a) ない b) ある ( \_\_\_\_\_ ) )
- 9 女性の方へ：現在妊娠の可能性ありますか。  
a) ない b) ある
- 10 最近、海外へ行ったことがありますか。  
a) ない b) ある (国名: \_\_\_\_\_) (期間: \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日～ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)

当院は、マイナ保険証の利用や診察申込書等を通じて、患者さんの情報を取得・活用しております。  
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致します。