

# 診察申込書

記入日 年 月 日

フリガナ 氏名	男・女	体温	℃	3日以内に37.0℃以上の熱がありましたか？ ・はい（ 月 日 ℃） ・いいえ
生年月日 S・H・R 年 月 日生 歳		【小児の方のみ】 体重	kg	
住所 〒				
電話番号（ ） - 携帯番号（ ） -				

【当てはまるものを○で囲んで下さい】

◇マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？ はい ・ いいえ

◇他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？ はい ・ いいえ

症状	<b>みみ</b> (右 ・ 左 ・ 両)	・痛み ・耳だれ ・かゆみ ・耳そうじ ・耳なり ・ふさがった感じ ・聞こえが悪い
	<b>はな</b> (右 ・ 左 ・ 両)	・アレルギー症状 ・ほほの痛み ・鼻水 ・鼻づまり ・くしゃみ ・鼻血 ・目のかゆみ
	<b>のど</b>	・痛み(軽度・重度) ・咳 ・たん ・声のかすれ ・違和感 ・魚の骨が刺さった( ) ・体のだるさ
	<b>めまい</b>	・グルグル回る感じ ・フワフワした感じ
	<b>その他</b>	
いつからですか	日前から 週間前から ヶ月前から	
現在、治療中の病気はありますか ※お薬手帳を受付に出して下さい	・はい (病名: ) ・いいえ ( 飲んでいる薬 )	
これまでに大きな病気にかかったことはありますか	・はい (病名: ) ・いいえ	
薬のアレルギーはありますか	・はい ( ) ・いいえ	
食物アレルギーはありますか	・はい ( ) ・いいえ	
嗜好品について	たばこ ・吸わない ・吸う 本/日 アルコール類 ・飲まない ・飲む 合/日	
女性の方にお尋ねします	妊娠中ですか ・はい ( ヶ月) ・いいえ 授乳中ですか ・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。