

診療申込書(問診票) 受付用

令和 年 月 日

フリガナ		性 別	男 ・ 女
氏 名		生年月日	大正 昭和 年 月 日 (歳) 平成 令和
住 所			
電話番号		携帯番号	

(1) マイナ保険証提示時に診療情報取得に同意はしましたか？ はい いいえ

(2) 本日は、他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？ はい いいえ

(3) 本日はどのような症状がありますか？

・いつごろから、原因なども分かればご記入下さい。

体温

℃

()

(4) 現在、他の医療機関に通院していますか？ はい いいえ

医療機関名

最終受診日

何の病気で治療されていますか？

(5) 現在、他の医療機関で何か処方されている薬はありますか？ はい いいえ

処方内容

※マイナ保険証による情報取得に同意した患者さんについては、直近1ヶ月以内の処方薬を除き、記載は不要です

(6) これまでに大きな病気にかかったことがありますか？(入院された場合も記載してください。)

医療機関名

いつごろですか？

具体的な病名

(7) この1年間で健康診断(会社、特定健診及び高齢者健診)を受けましたか？ はい いいえ

(8) これまでに薬や食品などでアレルギーを起こしたことがありますか？ はい いいえ

原因となったもの

症状

(9) 現在、妊娠中又は授乳中ですか？【女性のみ】 はい いいえ

(10) おケガの場合、次の事項に該当しますか？

・交通事故 (相手のいる事故 ・ 自爆事故) ・工作中 (業務中 ・ 通勤中)

・動物に咬まれた(他人の家で飼われている・自分の家で飼っている) ・けんか等

※労災使用の方のみ記入してください。

会社名

電話番号

アンケート

○当院を受診されたきっかけは何ですか？(複数回答可)

☐紹介 ☐主治医 ☐主治医以外(医療機関／医師名)

☐薬局・薬剤師 ☐知人 ☐相談窓口(行政またはケアマネージャー等) ☐会社

☐ご本人やご家族の直接お電話での問い合わせ ☐ホームページ／Eメール相談 ☐看板や広告

☐その他 ()