

# 診療申込書

年 月 日

当院では、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致します。

同意する ・ 同意しない

ふりがな

患者氏名

男 女

生年月日

大正・昭和・平成・令和

年

月

日

( 才 )

自宅住所【マンション・アパート名などもご記入ください】

(〒 - )

都 県  
道 府

市 区  
町 村

丁目

番

号

建物・マンション名等：

携帯 TEL：

( )

【緊急連絡先として必ずご記入お願いします】

TEL：

会社名

TEL

( )

身長

cm

体重

kg

※本日のご症状を、ご記入下さい

※以下の病気にかかった事のある人は、○を付けて下さい。

- 1 糖尿病・高脂血症・高血圧
- 2 肺・気管支の病気（結核・喘息・慢性気管支炎・肺気腫など）
- 3 甲状腺の病気
- 4 心臓の病気（狭心症・不整脈・心不全・頻脈動悸・心筋梗塞など）
- 5 胃・十二指腸の病気（胃炎・胃潰瘍・十二指腸炎・十二指腸潰瘍など）
- 6 肝臓の病気（肝炎・肝硬変・脂肪肝など）
- 7 膵臓の病気
- 8 脳血管の病気（脳動脈硬化症・脳梗塞・脳内出血など）
- 9 悪性腫瘍
- 10 皮膚病（慢性痒疹・带状疱疹・蕁麻疹など）

特になし（当てはまる病気がなければこちらにチェックして下さい）

※以下の質問にお答え下さい。

☆薬・注射のアレルギー（発疹・気分不快など）はありますか はい・いいえ  
はいの場合（お薬の名前： )

☆他院に通院中ですか 通院中（内・外・整形・皮膚・小児・その他）・いいえ  
→通院中の方は、本日紹介状をお持ちですか？ はい ・ いいえ

☆お薬を飲んでいますか はい・いいえ  
はいの場合（お薬の名前： )

☆お酒を飲みますか はい（1週間で 日程度、飲酒歴 年）・いいえ

☆喫煙をしますか はい（1日で 本、喫煙歴 年）・いいえ

☆妊娠していますか している（ ヲ月）・していない ・現在授乳中

☆一年以内に健康診断（特定健診・高齢者健診）を受診しましたか はい・いいえ

※ こちらのクリニックを何で知られましたか

- ポスティングチラシ     SNS・インターネット検索     当院ホームページ     看板等広告  
 家族・友人知人の紹介     役所・保健所の紹介     他院からの紹介  
 家（職場）から近い     その他（ )