

診 察 申 込 書

年 月 日

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

1.本日はどのような症状で診察に来られましたか？

◇いつから _____月____日 (朝 ・ 昼 ・ 夜) から

◇どのような症状ですか？ 体温 ()℃

症 状 ()

◇飲酒はされますか？ (□飲む □飲まない) ◇タバコは吸いますか？ (□吸う □吸わない)

2.現在他の医療機関に通院されていますか？ (□通院している □通院していない)

◇紹介状 (□あり □なし)

◇医療機関名 () ◇手術歴 (□あり □なし)

◇病 名 () ◇手術名 ()

◇服薬中のお薬 ()

3.これまでに大きな病気にかかったことはありますか？ ◇ (□ある □ない)

◇病名 ()

4.薬や食品でアレルギーを起こしたことはありますか？ ◇ (□ある □ない)

◇薬品・食品名 ()

5.この1年間で健診を受診しましたか？ ◇ (□した □していない)

◇受診時期 () ◇指摘事項 ()

6.女性の方へ

◇現在妊娠中又は妊娠の可能性がありますか？ ◇ (□ある □ない)

◇最終月経はいつでしたか？ (月 日頃)

7.マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？ ◇ (□する □しない)

8.明細書 (領収書の内容を詳細にしたもの) の発行を希望されますか？ ◇ (□する □しない)

9.小児の方へ 現在の体重 k g 身長 c m

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い胃腸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。