

診察申込み書

年 月 日

医療法人社団 ゆうま会

ふりがな		性別	体温
お名前		男・女	°C
生年月日・年齢	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 歳		
ご住所	〒 電話番号: () 携帯: ()		
来院のきっかけ (いくつでも)	① 看板 ② ホームページ ③ 家が近い ④ 通りがかり ⑤ 紹介() ⑥ その他()		

【マイナ保険証について】

※取得した情報を活用することで、より質の高い医療を受けることができます。

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。

マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証利用)による情報取得に同意しますか？

はい ・ いいえ

【本日はどうされましたか？】

・お困りの症状

・いつごろから

【現在他の病気で通院されていますか： いいえ ・ はい 病院名： _____】

【現在服用しているお薬はありますか： いいえ ・ はい】 ※お薬手帳をお持ちでしたら、ご提出をお願い致します。

「はい」とお答えの方：薬の名前または種類

【上記以外で、これまでに大きな病気にかかったことはありますか】

病名： _____ 手術歴：なし・あり⇒ _____ 年 月頃

【アレルギーはありますか： いいえ ・ はい (薬・食べ物・花粉症・ハウスダスト)】

【タバコ： いいえ ・ はい(本/日 を 年) お酒： いいえ ・ はい】

女性の方へ (妊娠の可能性はありますか： いいえ ・ はい)