

# 医科 診察申込書兼問診票

(歯科・口腔外科は別の申し込み書になります)

マイナ保険証による診療情報取得について 同意する  
この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診）を受診しましたか  
はい ・ いいえ 受診時期 月 日

指摘事項：

(マイナ保険証による情報取得に同意した方については記載省略可能)

ふりがな				生年月日	
氏名	男 女	大正 昭和 平成 令和	年 月 日	才	
住所	〒				
電話			携帯電話		
家族連絡先 (*必須) 別世帯可	名前			続柄	
	電話			携帯電話	

① 他の医療機関からの紹介状を持っていますか？	はい ・ いいえ
② 本日はどのようなこと（症状）でいらっしゃいましたか？ <b>ケガの場合は受傷状況も記載して下さい</b>	
ケガで受診される方：いつ発生しましたか？ 通勤途中 ・ 工作中 ・ その他 交通事故の方は受傷日を記載して下さい 月 日 時頃	
③ いつ頃からの症状ですか？ 月 日 時頃から ・ ヶ月前から ・ 年前から ・ ( )	
④ 本日は検査を希望しますか？	はい ・ いいえ ・ 医師の判断で
⑤ 現在、他の医療機関に通院していますか？	はい ・ いいえ
⑥ 現在、処方されている薬がありますか？ (マイナ保険証による情報取得に同意した方については直近1カ月以内の処方薬を除き省略可能) <b>お薬手帳があれば提出して下さい</b> (薬剤名： ) (用量： (投薬期間： 日から・ 前頃から・ カ月前頃から)	はい ・ いいえ
⑦ 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： ) (症状： )	
⑧ 現在、妊娠中又は授乳中ですか？ (女性のみ)	はい ( ヶ月・授乳中) ・ いいえ
⑨ 今までに大きな病気・手術を受けたことがありますか？ ・ 脳こうそく ・ くも膜下出血 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ ヘルニア (頸・腰) ・ 喘息 ・ 腎臓病 ・ 肝臓病 ・ その他 ( ) ・ ( ) がん ・ 特になし	
⑩ 体内金属・ペースメーカー・シャント術等の有無	有 ( ) 無

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。