

# 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		性別	生年月日		
氏名		男・女	姓・名・姓・姓	年	月 日 才
住所	〒				
携帯電話			電話		
家族連絡先 <small>(必須・別世帯可)</small>	名前		続柄		
	携帯電話		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 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 ・ ( )		
③ どのような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：交通事故・通勤途中・仕事中・学校関係（スポーツ振興使用しますか？ はい・いいえ）・その他 頭部打撲ありますか？ あり ・ なし ありの方は場所はどこですか？⇒ 自宅・外出先		
この症状について、かかりつけ医に相談・他院受診しましたか？			はい ・ いいえ 病院名( )		
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 <b>体内金属・ペースメーカー・シャント術等の有無</b>			有 ( ) 無		
⑥ 今までに大きな病気・手術を受けたことがありますか？			はい ・ いいえ ・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)		
⑦ 現在、他の医療機関に通院していますか？			はい ・ いいえ		
⑧ 現在、処方されている薬がありますか？ お薬手帳・マイナ参照・薬剤情報提供書 (薬剤名： )			はい ・ いいえ		
⑨ これまでに薬のアレルギーを起こしたことがありますか？ (原因： ) (症状： )			はい ・ いいえ		
⑩ これまでに食品アレルギーを起こしたことがありますか？ (原因： ) (症状： )			はい ・ いいえ		
⑪ 現在、妊娠中又は授乳中ですか？(女性のみ)			妊娠中( ヶ月) ・ 授乳中 ・ いいえ		

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。