予　診　票

年　　月　　日記入　　□ 住所・連絡先変更なし

ふりがな		性 別	男　・　女
氏名		生年月日	大正　・　昭和　・　平成 年　　月　　日(　　才)
住 所	〒　　－		
自　宅	(　　)　　-	携 帯	-　　-
付　添	氏名　　続柄（　　）	連 絡 先	-　　-

マイナンバーカード　（　有 ・ 無　）　　マイナ保険証による診療情報取得に同意する　□

この1年間で特定健診及び高齢者健診を受けましたか？　（　はい　・　いいえ　）

1.本日、どのような症状で受診されましたか？（該当するものにチェックしてください）

年　　月　　日 頃から

□　発熱（　　℃）　　□　風邪症状（咳 ・ 痰 ・ 鼻水 ・ 咽頭痛 ・ 悪寒）
□　身体がだるい（倦怠感）　　□　息苦しさ（呼吸困難）
□　めまい
□　吐き気・嘔吐（　　回）　　□　動悸
□　下痢（　　回）　　□　身体の痛み（ 胸痛 ・ 腹痛 ・ 背部痛 ・ 関節痛 ）
□　頭痛　　□　排尿痛・残尿感・血尿
□　むくみ　　□　皮膚症状（かゆみ・発疹）
□　その他（□かかりつけ医変更　・　□物忘れ外来　・　□健康診断後の再検査）

（　　）

2.現在治療中の病気はありますか？　　□はい　・　□いいえ

□　糖尿病　　□　高血圧　　□　脂質異常症・高コレステロール
□　心臓病　　□　肝臓病　　□　腎臓病
□　その他　（　　）

通院している病院名：

3.現在、服用中のお薬はありますか？　　□はい　・　□いいえ

⇒「はい」にチェックされた方は、お薬名を記入して下さい。※お薬手帳持参の場合不要

（　　）

※お薬手帳や薬剤情報がある方は、窓口に提出して下さい。

4.今まで病気やけがで入院・手術を受けたことがありますか？　□はい　・　□いいえ

（　　才頃）　病名

（　　才頃）　病名

5.お薬や食べ物等でアレルギー（発疹など）が出たことはありますか？

□　はい（　　）・□いいえ

6.女性の方にお聞きします。現在妊娠・授乳はされていますか？　　□妊娠中　・　□授乳中

※ご記入ありがとうございました。

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。
性格な情報を取得・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。