診　察　申　込　書

年　月　日

フリガナ		性別 男 ・ 女
氏名		
生年月日	大正・昭和・平成・令和　　年　　月　　日	年齢　　歳
現住所	（〒　　－　　）	
電話番号	（　　）　　－　　／携帯　　－　　－	
当院は初めてですか		□はい　□いいえ

※交通事故（第三者の加害による疾病　・けんかによるケガ等）の場合は、お申し出下さい。

下記の質問についてお答えください。

・マイナンバーカード　　あり ・ なし ・マイナ保険証による診療情報取得(受診歴・薬剤情報等)に同意しましたか。 ・保険情報の資格確認をおこなうことに同意いただけますか	 □はい □いいえ □はい □いいえ
・他の医療機関からの紹介状はお持ちですか。	□はい □いいえ
・この１年間で特定健診および高齢者健診を受けましたか。 健診時期（　　年　月） 指導事項（　　）	□はい □いいえ
1. いつ頃からどのような症状がありますか。 お薬手帳はありますか。　□はい　□いいえ 現在、服薬されているお薬の名前を分かる範囲でお書きください。 （　　）	
2.現在、他の医療機関で診察を受けていますか。 病院名（　　）　受診日（　　年　　月頃） 治療内容（　　）	□はい □いいえ
3. 過去・現在、次の病気にかかったことがある場合は、次の病名番号を〇で囲んでください。 ない場合は ⑪ を〇で囲んでください。 ① 喘息 ② 心臓病 ③ 高血圧 ④ 腎臓病 ⑤ 肝臓病 ⑥ 糖尿病 ⑦ 高脂血症 ⑧ 血液疾患　⑨ 癌　⑩その他（　　） ⑪ 何もありません	
4. 入院・手術をされたことはありますか。 ・いつ頃（　　）・病院名（　　） ・病名（　　）・治療内容（　　）	□はい □いいえ
5. 注射や薬で異常が起こったことがありますか。 薬の名前、成分をわかる範囲でお書きください。（　　）	□はい □いいえ
6. 食べ物でアレルギー反応や蕁麻疹を起こしたことはありますか。 はい とお答えの方はわかる範囲で食物をお書きください。 （　　）	□はい □いいえ
女性の方へ 現在妊娠中または授乳中ですか。 □ 妊娠していない □ 妊娠中（妊娠　　週目） □ わからない（可能性がある） □ 授乳中	

●個人情報の取り扱いについて
個人情報保護につきまして方針、利用目的など院内掲示物などでご確認下さい。

●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。

医療法人　昭征会　坂　野　病　院