

マイナ保険証	処置室	診察室

診療申込書

診察券番号(カルテNo.)	新患 ・ 再来
紹介状(有 ・ 無) 連絡先(可 ・ 不可)	
1. 通常保険 2. 交通事故 3. 健康診断 4. 労働災害 5. 家族相談 6. 自費 7. 生保 8. その他()	
受診される方の情報	
フリガナ	
氏名	(男 ・ 女)
生年月日(明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成)	年 月 日(歳)
(〒 -)	住所
電話(自宅: - -)	(携帯等: - -)
※ご予約の変更等をご自宅へご連絡させて頂く場合があります。	
※必須記入 上記ご本人様以外の連絡先(※緊急連絡先)	
日中・夜間共に緊急時の連絡が必ず取れる連絡先を記入して下さい。	
フリガナ	
氏名	(男 ・ 女) (続柄:)
(〒 -)	住所
電話(自宅: - -)	(携帯等: - -)
※ご予約の変更等をご自宅へご連絡させて頂く場合があります。	
当院で診療を受けたことはありますか(検査のみの場合でもご記入下さい)	
<input type="checkbox"/> ある(科 年 月頃 ・ 10年以上前) <input type="checkbox"/> ない	
ご希望の受診科	
<input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 糖尿病外来 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> その他()	
ご様子について	
① 本日はどのような症状でしょうか。また、その症状はいつ頃からですか。 ()	
② これまで大きな病気にかかったことがありますか(入院や手術を要する病気等)。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※有の場合()	
③ 一緒に来られた方 <input type="checkbox"/> ご本人のみ <input type="checkbox"/> ご家族(続柄:) <input type="checkbox"/> その他(ご関係:)	
④ 他の医療機関にはかかっていますか。また、何かお薬を飲まれていますか。 () ※お薬手帳をお持ちの方は窓口にご提出下さい。	
⑤ 薬のアレルギー又は合わない薬はありますか。 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※有の場合()	
⑥ ペースメーカー等の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 植込み型除細動器(ICD)	
⑦ (女性の方にお聞きします)現在、妊娠されていますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
⑧ 当院をどこでお知りになりましたか。 <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 家族・友人・知人 <input type="checkbox"/> 新聞・広告等 <input type="checkbox"/> その他()	
⑨ マイナ保険証による診療情報の取得に同意されますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

※ご記入された個人情報は、当院の個人情報保護方針に基づき取り扱います。
 ※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・活用する為、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。