

# 診 察 申 込 書

令和 年 月 日

※ご記入の上、受付へ提出して下さい。

ふりがな		生 年 月 日	年 齢
受診者名	男 女	平成 ・ 令和 年 月 日	歳 ヶ月
住所 〒	—		
自宅電話	— —		
携帯電話	母 : — — 父 : — —		
記入された方	母・父・祖母・祖父・その他 ( )		

## 1. 今日はどのような症状で受診されますか？該当するものに○をつけて下さい。

- ①発疹( ブツブツ )がある                      ③風邪症状( 熱・せき・鼻水・下痢・嘔吐・頭痛・腹痛 )  
②ほっぺたが腫れた( 耳下が痛い )              ④その他 ( )

※①②に該当する方は受付にお申し出下さい。                      詳しくは診察室にてお伺いします。

## 2. 今回の症状で他の病院・医院で診てもらっていますか？

- ☐ いいえ  
☐ はい(どこで: \_\_\_\_\_ いつ頃: \_\_\_\_\_ )

※処方がある場合は、診察の時にお薬の説明の紙をお見せ下さい。                      ☐ 他院からの紹介状あり

## 3. 持病や常用薬がありますか？

- ☐ ない  
☐ ある(病名: \_\_\_\_\_ かかりつけ病院: \_\_\_\_\_ )

## 4. これまでに入院や手術を受けたことはありますか？

- ☐ いいえ  
☐ はい(病名: \_\_\_\_\_ 病院: \_\_\_\_\_ 時期: \_\_\_\_\_ )

## 5. アレルギーはありますか？

- ☐ いいえ  
☐ はい ( 薬・食べ物・花粉 ) ⇒ 具体的に ( \_\_\_\_\_ )

## 6. 今までにかかった病気に○をつけて下さい。

はしか、風疹、みずぼうそう、おたふくかぜ、突発性発疹、喘息、熱性けいれん、  
その他 ( )

-----  
当院では患者さんの取り違え防止のため、お名前でお呼びしています。  
また、診療上の理由等でご記入いただいた電話番号あてに、連絡させていただくことがございます。  
御同意いただけない場合は受付にお申し出下さい。

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。

## 7. マイナンバー保険証をお持ちの方 → ☐ マイナ保険証による診療情報取得に同意する