

診療申込書

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。

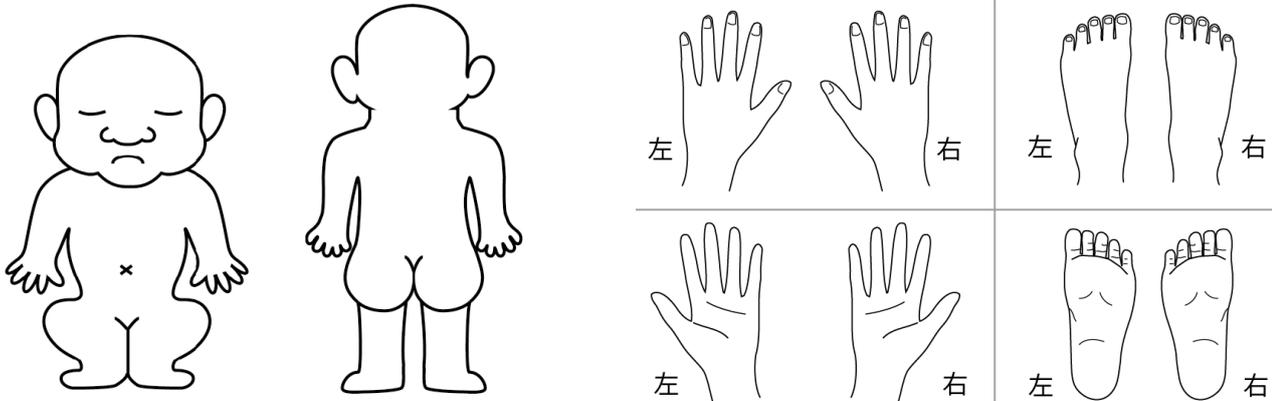
フリガナ		生年月日		大正・昭和	年	月	日()	歳	男・女
お名前:		平成・令和							
現住所	〒	—	都道 府県	区 市郡					
連絡先	携帯電話 ()-()-() ※当院からの連絡に用います								
	その他連絡先 ()-()-()								
これまで当院で診療を受けたことがありますか。	ある・ない		紹介者名						

1. 症状について

本日はどのような症状ですか？

その症状はいつごろからですか？

部位（下の図に○をつけてください。複数可）



2. 現在、治療中の病気はありますか？

病名:

病院名:

使用中の薬: 内用薬()

外用薬()

3. 家族の方にアレルギー疾患はありますか(○をつけてください。複数可)

①アトピー性皮膚炎 ②アレルギー性鼻炎(花粉症) ③喘息 ④その他()

4. 薬、食べ物などでアレルギーはありますか

薬	: <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	薬剤名:	症状:
食べ物	: <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	食べ物名:	症状:

5. ステロイドを使用する治療について(○をつけてください)

①絶対に使いたくない ②なるべく使いたくない ③必要に応じて使用するのは構わない ④わからない

6. マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか(マイナンバーカードご利用の方)

はい() いいえ()

7. この1年間で健診を受診されましたか: はい() いいえ()