

外科

# 受診申込書

令和 年 月 日

ふりがな				男・女	
受診者氏名					
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	満年齢
郵便番号		住所			
☎	自宅	携帯			

○マイナ保険証(マイナンバーカードの保険証利用)に同意しますか？

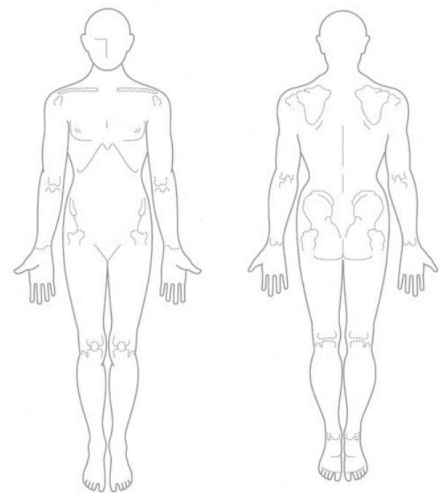
はい ・ いいえ

○ この1年間で特定健診または高齢者健診を受けましたか？

はい ・ いいえ

体温(          ℃)          体重(          kg) 15才までの方は記入してください。

○どこをどうされましたか(図に印をつけてください)



○それは、いつ、何でされましたか

○診療所では、診断書への記入は行っていない。  
診断書等の書類が必要な方は、受付前に申し出てください。

○今までにアレルギーを起こしたことはありますか

いいえ

はい 薬 ・ 食べ物 ・ その他

(品名

)

いつ頃 (

)

どうなりましたか(

)

○治療中の病気や手術を受けたりしたことがありますか

病名 (

)

内服中の薬はありますか

ない

ある (

)

○女性の方

妊娠中ですか    いいえ    はい(          週目位)

授乳中ですか    いいえ    はい

当診療所では診療情報を取得・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、マイナ保険証のご利用にご協力をお願いします。