

内科・小児科

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		
<input checked="" type="checkbox"/>	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うけましたか？

はい・いいえ

体温(°C) 体重(kg) 15才までの方は記入してください。

どうされましたか 今日の症状は

熱・咳・吐き気・嘔吐 回/日・下痢 回/日・便秘

痛み()・発疹()

その他()

いつからですか (時間前から 日前から)他の病院を受診されましたか

いいえ・はい 薬()

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

最終月経はいつ頃ですか()

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

今日は、コロナ抗原検査・インフルエンザ検査等を希望されますか(希望しない・希望する)

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お願いします。