

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			
☎	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をお願いします。