初 診 診 察 申 込 書

ﾌﾘｶﾞﾅ		性別	生年月日		年齢
氏名		男 女	T ・ S H ・ R	年　　月　　日生	歳
郵便番号	〒　　ー				
住所					
電話	自宅		携帯電話		

問 診 表

① 今日はどうなさいましたか。（症状はいつから）

② 現在、処方させている薬がありますか。

③ 現在、他で治療を受けていますか。（ はい ・ いいえ ） ※他院からの紹介状がありましたらご提示ください。
病・医師名：

④ これまでに大きな病気にかかったことがありますか。
病名：　　時期：　　医療機関名：

⑤ ケガの方のみご記入ください。
□ 仕 事 中　　□ 交通事故　　□ 通勤途中

⑥ この1年間で健診を受診しましたか。（ はい ・ いいえ ）
健診時期：　　指摘事項：

⑦ これまでに薬や食品などでアレルギーを起こしたことがありますか。（ はい ・ いいえ ）
原因となったもの：　　症状：

⑧ お薬・注射などで湿疹や気分が悪くなったりしたことがありますか。（ はい ・ いいえ ）
薬剤：

⑨ 当院をどのようにして、お知りになりましたか？
インターネット ・ クリニックの前を通って ・ ご紹介（ご紹介者名　　）

⑩ 女性の方： 現在妊娠中または妊娠の可能性がありますか。（ はい ・ いいえ ）
最終月経：　　年　　月　　日

⑪ マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか。（ はい ・ いいえ ）

⑫ その他、ご要望がありましたらご記入下さい。

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。
※医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）加算1　4点　／　加算2　2点（マイナ保険証を利用した場合）

*個人情報の利用目的を掲示しておりますので、必ずご覧になってください。

ご協力ありがとうございました。　寿康会診療所