

★お薬や検査のことで緊急でご連絡する場合に備え 第二連絡先までの登録にご協力をお願いします

フリガナ お名前	昭和 平成 令和 年 月 日生	男 第一連絡先Tel 女 第二連絡先Tel
ご住所 〒	ご勤務先 ※必須項目ではございません	

- ① お悩みの症状 または 体の状態, ご来院理由を教えてください
 なお、医師に直接お話しされたい場合はそのようにご記入ください

（当院での検温
 (必要な方のみ)

℃

記入例: 2-3日前から喉が痛い／皮膚科にかかりたい／健診で受診するよう言われた

◆検査結果や紹介状をお持ちの方は 受付へお渡しください◆

- ② 現在 他に通院しているところがありますか？

いいえ ・ はい →医療機関名と簡単に治療内容を教えてください

[]

- ③ 現在服用中のお薬がありますか？

いいえ ・ はい →本日お薬手帳お持ちなら受付へお預けください／お持ちでない方はわかる範囲で薬剤名を教えてください

[]

- ④ これまでに入院や手術をする大きな病気にかかりましたか？

いいえ ・ はい →いつ頃、どちらの医療機関で、病名と治療内容をわかる範囲で教えてください

[]

- ⑤ 1年以内に市区町村の健診を受けましたか？

いいえ ・ はい →受診月日と医師からの指導内容があれば記載ください

[]

- ⑥ 薬や食物でアレルギーが出たことがありますか？

いいえ ・ はい → 何が原因で、どのような症状でしたでしょうか？

[]

- ⑦ 新型コロナウイルスワクチン接種歴: 無 / 有 (最終接種: 回目 月 日頃)

- ⑧ *女性の方へ ○印で教えてください 妊娠中 / 妊娠の可能性ある / 授乳中 / 左記該当なし

- ⑨ 12歳未満のお子様は処方薬の計算のために体重を教えてください (kg)

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。

▲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)

当院はマイナ保険証により取得可能な診療情報を利用させていただきます。同意いただけない場合は受付へお申し出下さい。